

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

220

Présentée et soutenue le mercredi 3 avril 1895, à 1 heure.

Par LÉON BRODIER

Né à Warmeriville (Marne), le 3 mai 1866
Ancien interne des hôpitaux de Paris

DE LA RÉPARTITION

DES

ÉPANCHEMENTS SÉRO-FIBRINEUX

DANS LA CAVITÉ PLEURALE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

BRISAUD,

NETTER,

} *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 3 avril 1895, à 1 heure.

Par LÉON BRODIER

Né à Warmeriville (Marne), le 3 mai 1866
Ancien interne des hôpitaux de Paris

DE LA RÉPARTITION

DES

ÉPANCHEMENTS SÉRO-FIBRINEUX

DANS LA CAVITÉ PLEURALE

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. STRAUS, professeur.

BRISSAUD,
NETTER, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	QUÉNU.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.		WEISS.
DÉJÉRINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR BRODIER (de Bazancourt).

*Qui tua, tum discens, tum languens, munera sensit
Tot meritum titulis hoc tibi sacrat opus.*

A M. LE PROFESSEUR POTAIN

MEMBRE DE L'INSTITUT

DE LA RÉPARTITION
DES
ÉPANCHEMENTS SÉRO-FIBRINEUX
DANS LA CAVITÉ PLEURALE

INTRODUCTION

« Il y a des questions, en clinique, sur lesquelles il faut incessamment revenir et qui, malgré leur banalité ou plutôt même à cause d'elle sont d'une application pratique journalière. Telle est la pleurésie : assurément rien de plus commun ni de plus étudié que cette maladie, et cependant, en pratique, combien de fois ne commet-on pas des erreurs d'interprétation sur l'existence et sur la quantité de l'épanchement ! ».

(RENDU, *Leçons de clin. méd.*,
t. 1, p. 239.)

Lorsqu'un exsudat séro-fibrineux est épanché dans la cavité pleurale, les indications de la thoracentèse dépendent de l'abondance et de l'âge de l'épanchement. Le mode de répartition des liquides intra-pleuraux est indispensable à connaître pour apprécier la quantité du liquide épanché ; la forme de la ligne de contour de matité peut donner de précieux renseignements sur la date de son apparition ; ces deux motifs justifient cette étude.

Les nombreux auteurs qui ont étudié cette importante question

ne l'ont considérée que comme un problème de physique. Sans doute ils ont eu tort. La plèvre anormalement occupée par un liquide ne peut être comparée aux vases dont se sert la physique. Le poumon même, plongé dans le liquide qui l'entoure, ne peut être assimilé à un corps solide dans les mêmes conditions. Il est normalement appliqué au contact des côtes par la tension négative intra-pleurale; la présence de l'épanchement modifie cette pression, elle supprime en même temps la distension du poumon, qui revient sur lui-même en vertu de son élasticité, et le liquide en s'accumulant refoule l'organe. Mais il n'en est pas toujours ainsi; dans un grand nombre de cas, le poumon congestionné et plus dense est devenu incompressible et refoule au contraire le liquide qui l'environne. La cavité pleurale n'est pas exactement moulée sur lui, elle présente de tous côtés des diverticules ou culs-de-sac, sortes de réserves destinées à loger le poumon trop volumineux et qui sont pour ce dernier une sauvegarde en cas d'épanchement; parfois d'anciennes adhérences la cloisonnent, qui modifient la topographie des exsudats qu'elle renferme. Enfin la paroi costale, sur laquelle elle s'appuie et qui constitue en quelque sorte son squelette, n'est pas inextensible. La répartition des épanchements liquides intra-pleuraux dépend donc de nombreux facteurs: de la nature et de la quantité du liquide, de l'état de la plèvre et de l'état du poumon. Nous faisons jouer le rôle principal à l'état du poumon; le lecteur jugera si nous avons raison.

Laissant de côté les épanchements purulents, ainsi que ceux où le liquide est mélangé de gaz, nous n'étudierons que la répartition des épanchements séro-fibrineux.

Nous voulons d'abord remercier les maîtres dévoués qui nous ont guidé dans nos études médicales. M. Polaillon, pendant notre première année d'internat, nous a enseigné la chirurgie. M. Talamon, dont nous avons eu la bonne fortune d'être l'interne, nous a fait largement profiter de sa science; nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'il nous a témoignée. M. Hallopeau, pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Louis, en nous associant à ses tra-

vaux, nous a fait connaître et aimer la dermatologie ; il sait combien nous lui en sommes reconnaissant. M. Troisier, près de qui nous avons passé une excellente année d'externat, nous a donné des marques de sympathie dont nous garderons toujours le souvenir.

Nous remercions également MM. Roux et Gombault qui nous ont initié aux recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques ; M. Michaux, qui nous a prodigué ses conseils ; nos autres maîtres dans les hôpitaux : M. Dumontpallier, MM. Grancher, Jules Simon, Le Gendre, qui nous ont enseigné les maladies infantiles ; ainsi que nos premiers maîtres à l'Ecole de médecine de Reims, dont les savantes leçons nous ont toujours été si utiles.

Nous avons eu l'honneur envié d'être l'interne de M. le professeur Potain. Sabienveillance et ses conseils éclairés ne font défaut à personne ; nous l'avons souvent éprouvé par nous-même. Nous le prions de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance. Ce travail a été fait sous sa direction ; s'il est jugé digne de quelque intérêt, c'est à ce Maître qu'il le doit.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0032

CHAPITRE PREMIER

Épanchements légers et moyens. — Pleurésies tournantes.

§ I.

Les premiers auteurs qui ont étudié la répartition des épanchements liquides dans la plèvre ont eu naturellement recours aux expériences sur le cadavre. Ils ont d'abord injecté dans la séreuse de l'eau ordinaire comme Piorry, ou des liquides colorés comme Damoiseau ; la percussion, contrôlée par des ponctions exploratrices, indiquait alors le siège du liquide. Puis ils ont injecté des substances solidifiables. M. Peyrot s'est servi de plâtre gâché à l'eau ordinaire, mais assez clair pour qu'il ne se solidifie qu'après un temps un peu long ; lorsque le plâtre est pris, on possède un moule de l'épanchement expérimental. Après avoir employé diverses compositions de colle et de gélatine combinées au chromate de potasse, Garland a injecté du plâtre à mouler dans la cavité thoracique de chiens vivants et morts. Le plâtre a l'inconvénient de donner des moules grossiers et fragiles ; aussi Ferber lui substitue du beurre de cacao fondu qu'il introduit dans la cavité pleurale de chiens vivants. Weil répète ces expériences sur des lapins. Prioleau et Dumont utilisent la cire à injection artérielle, rendue plus dure par l'adjonction d'une quantité assez notable de colophane. La cire a le désavantage d'être poisseuse et de coller en quelque sorte aux doigts. Ramey se sert du mélange suivant : une partie de paraffine pour trois parties de colophane ; le tout, chauffé jusqu'à parfaite liquéfaction, est injecté dans des plèvres d'adultes, libres de toute adhérence. Moussous, après injection préalable des vaisseaux à la cire et légère insufflation des

poumons, introduit dans la plèvre à travers le 4^e espace intercostal une solution gommeuse chaude dont la densité est 1040 ; puis il fait congeler le cadavre et étudie sur des coupes la topographie de l'épanchement.

Toutes ces expériences n'ont donné que des résultats contradictoires et sont peu démonstratives. Comme le fait remarquer M. Peyrot, on ne peut assimiler l'épanchement pleurétique à l'épanchement artificiel. En vain prend-on soin sur le cadavre de pratiquer, comme Seitz, la respiration artificielle ; en vain opère-t-on, comme Garland, Ferber, Weil, sur l'animal vivant ; les expériences ne réalisent jamais complètement les données de la clinique. Le poumon du cadavre est vide de sang et facilement compressible ; celui de l'animal vivant n'est pas davantage dans les mêmes conditions que le poumon pleurétique vis-à-vis du liquide intra-pleural. Il faut tenir compte en effet de la lenteur plus ou moins grande avec laquelle l'exsudat s'épanche, ce dont les expérimentateurs ne semblent pas s'être beaucoup préoccupés. Ils n'ont surtout pas tenu suffisamment compte du poumon sous-jacent, dont l'état congestif préexiste ordinairement à l'épanchement et en dirige la répartition (1).

Les exsudats séro-fibrineux épanchés dans la cavité pleurale libre d'adhérences tendent à gagner les parties les plus déclives de cette cavité. C'est ce qu'ont montré toutes les expériences entreprises sur ce sujet. Si, comme Ferber, on injecte une masse solidifiable dans la plèvre d'un chien, le liquide s'accumule sur le côté de la colonne vertébrale quand le chien est couché sur le dos ; si l'animal est maintenu sur les pattes de derrière, il s'accumule en bas entre le poumon et le diaphragme, mais une couche mince s'élève d'une hauteur de deux travers de doigt sur la partie inférieure et latérale du thorax entre le poumon et la paroi ; quand l'animal est placé debout la tête en bas, la masse coagulée coiffe le poumon à la manière d'une calotte. Weil a confirmé ces expé-

(1) Moussous a pu étudier deux épanchements pleurétiques naturels après congélation ; mais celle-ci modifie le volume de l'exsudat qui de liquide passe à l'état solide, elle ne donne donc pas encore de résultats bien certains.

riences et pense que l'épanchement s'accumule d'abord dans l'espace complémentaire postérieur et inférieur de la plèvre. Ramey déclare que, le cadavre étant assis, les petits épanchements (100 à 200 gr.) commencent dans la gouttière costo-diaphragmatique latérale; l'extrémité antérieure du moule ainsi obtenu avance un peu vers le sternum, son extrémité postérieure tend peu à peu à gagner la gouttière costo-vertébrale. La face interne du moule présente toujours une crête horizontale qui la divise en deux parties: une supérieure, légèrement excavée, que Pitres appelle cupule pulmonaire parce qu'elle est en rapport avec la face externe du poumon; l'autre, inférieure, également excavée, qu'il appelle cupule diaphragmatique parce qu'elle est en rapport avec le diaphragme. Les épanchements de 400 à 500 grammes de liquide se font en lame; ils s'étendent en avant dans le cul-de-sac antérieur costo-diaphragmatique, atteignant presque le bord du sternum; en arrière ils s'étendent jusqu'à la gouttière vertébrale, mais l'extrémité postérieure du bord supérieur du moule s'incline plus ou moins vers la colonne vertébrale. Quand le cadavre est couché, le liquide injecté s'accumule toujours le long de la colonne vertébrale.

La présence d'une faible quantité de liquide écarte, au point correspondant, les deux feuillets adjacents de la plèvre. Le poumon se rétracte légèrement, et la percussion révèle à ce niveau un son tympanique. Ce tympanisme initial est dû, d'après Skoda, à ce que le poumon, légèrement contracté, contient un peu moins d'air et vibre mieux; Wintrich l'attribue à ce fait que le tissu vibrant est entouré d'un milieu uniforme qui en égalise les vibrations. « Ce son est rarement observé, non parce que les conditions physiques de sa production sont rarement réalisées, mais parce qu'il est passager, et qu'il appartient à une période que l'on a bien peu souvent l'occasion d'étudier » (1). Quel que soit le niveau de l'inflammation pleurale, l'épanchement est entraîné par son poids vers les parties inférieures. Hirtz et Woillez estiment à 10 ou 12 jours le

(1) JACCOUD, *Path. int.*, t. II, p. 18.

temps que met le liquide de l'hydrothorax à s'accumuler à la base de la poitrine. La région où débute cette accumulation et où doivent d'abord être cherchés les signes cliniques de l'épanchement a été l'objet de nombreuses discussions. D'après Damoiseau, les parties les plus déclives de la rigole costo-diaphragmatique se trouvent sur les côtés du thorax ; c'est là aussi que Mailliot conseille de rechercher l'existence des épanchements très légers. Cette opinion a été confirmée par les expériences de Garland et les travaux modernes sur le trajet du cul-de-sac pleural inférieur. Le liquide accumulé dans cet espace de réserve doit être assez abondant pour donner lieu à des signes physiques appréciables ; sa présence sera d'autant plus facile à reconnaître que l'espace de réserve sera moins disponible. Damoiseau affirme qu'une percussion plessimétrique bien faite, à 2 centimètres et demi des extrémités des onzième et douzième côtes, ferait reconnaître 40 grammes de liquide ; à coup sûr 60 ou 90 grammes ne pourraient être méconnus. Le fait n'est possible que si le poumon préalablement congestionné occupe tout l'espace disponible inférieur de la cavité pleurale ; même alors, il est bien difficile de faire dans l'appréciation des signes physiques observés la part de la congestion et la part de l'épanchement (Potain). Il en serait de même si des adhérences anciennes, l'oblitération de l'espace complémentaire inférieur, l'enkystement du liquide, accumulaient celui-ci en certains points de la cavité pleurale.

La quantité minima de liquide susceptible d'être diagnostiquée est difficile à préciser et varie suivant de nombreuses conditions. Seitz a cherché à l'évaluer par des injections d'eau dans la cavité pleurale de cadavres, en prenant soin de rétablir par la respiration artificielle la dilatation physiologique du poumon. Le cadavre étant debout, il faut injecter 200 centimètres cubes d'eau pour constater une très faible submatité sur une hauteur de deux centimètres ; 400 centimètres cubes sont nécessaires pour donner lieu à une matité évidente à la partie inférieure sur une hauteur de deux travers de doigt. On peut donc estimer avec Seitz à un demi-litre la quantité de liquide capable de produire la matité absolue.

Ferber a constaté qu'il ne faut pas introduire moins de 120 centimètres cubes d'eau dans la plèvre d'un enfant de 12 ans maintenu en position verticale pour obtenir à la partie postéro-inférieure du poumon une submatité d'un travers de doigt.

Le degré de la matité est proportionnel à l'épaisseur de la couche liquide ; le plus élevé constitue le son dit fémoral (*carnis percussæ sonus* d'Auénbrugger) ; on a évalué à 5 centimètres l'épaisseur que doit avoir la lame liquide pour le produire. Les variations de structure du thorax modifient beaucoup l'intensité du son de percussion. Chez l'enfant et surtout chez le nouveau-né, la cage thoracique offre une sonorité très marquée et la matité n'est guère appréciable que dans les grands épanchements. Ferber ne l'obtint sur une hauteur de deux travers de doigt, qu'en introduisant 400 centimètres cubes d'eau dans la plèvre d'un enfant nouveau-né (1).

La limite de la matité ne représente pas très exactement la ligne de niveau du liquide. Wintrich remplit le thorax avec de l'eau et détermine par la percussion la hauteur du liquide ; puis, mettant à nu la plèvre costale, il contrôle directement les résultats obtenus. Des expériences répétées lui ont montré que la matité commence toujours à 15 millimètres ou 2 centimètres au-dessus du niveau du liquide. Parfois, entre le niveau de la matité et celui de la sonorité normale, se trouve une petite zone de tympanisme dû, comme le tympanisme initial de l'épanchement, à la rétraction légère du poumon (Skoda) ou à l'égalsation des vibrations par la présence d'un milieu uniforme (Wintrich).

L'inflammation n'occupe pas d'emblée toute la surface pleurale. Tantôt elle est très prononcée ou se propage très vite, et l'épanchement rapidement abondant s'accumule à la partie inférieure ;

(1) « Le thorax offre chez l'enfant en bas âge, et surtout chez le nouveau-né, une sonorité extrême que voilent bien rarement les causes multiples et si diverses qui l'altèrent chez l'enfant plus âgé, et à plus forte raison chez l'adulte. En sorte qu'on peut dire avec vérité qu'il y a une *sonorité infantile*, comme il y a une *respiration infantile*. Cette sonorité décroît peu à peu à mesure qu'on s'éloigne du moment de la naissance. Elle est donc à son maximum d'intensité dans les premiers jours de la vie extra-utérine » (HERVIEUX, *Gaz. des hôp.*, 23 févr. 1864).

tantôt elle est moins active ou met un certain temps à s'étendre, et l'épanchement se fait en lame.

Depuis que Hirtz (de Strasbourg) a attiré l'attention sur la disposition lamelliforme de certains épanchements, on a fait intervenir les phénomènes de capillarité dans la répartition des liquides intra-pleuraux. Woillez admettait une aspiration du liquide exercée par l'adhérence des parois de la plèvre. M. Jaccoud a précisé ces phénomènes et basé sur eux une sorte de classification des épanchements. La rapidité avec laquelle se fait l'épanchement, l'étendue de la plèvre atteinte par l'inflammation, jouent un rôle dans la répartition du liquide. La séreuse est-elle lésée en un point assez limité ; l'exsudation liquide est-elle modérée ; le liquide épanché écarte les deux feuillets accolés. Ce liquide monte par capillarité jusqu'à une certaine hauteur ; il s'étale donc sous forme d'une mince nappe entre le poumon et la paroi costale. Il peut persister ainsi jusqu'à sa résorption complète. Si l'exsudation continue, ou si des modifications de volume du poumon détruisent la capillarité, il s'accumule lentement dans les parties inférieures. La séreuse est-elle lésée dans une étendue plus grande, l'exsudation liquide est-elle plus active, l'épanchement se collecte d'emblée à la partie postérieure du thorax, sans toutefois atteindre la région antérieure. Lasègue appelait cette variété d'épanchement la « pleurésie en galette ». Même dans ces cas, la capillarité intervient parfois et élève au-dessus de la masse liquide inférieure une lame verticale entre le poumon et la paroi thoracique ; on a alors un *épanchement à prolongement lamelliforme* (Jaccoud).

« L'épanchement faible ou moyen est le plus souvent constitué par deux parties, une inférieure formée par la masse liquide qui a pris la place du lobe pulmonaire refoulé, une supérieure formée par une couche mince qui monte, par une sorte de capillarité, entre le poumon et la paroi costale ; cette partie, prolongée en lame, s'élève de plus en plus à mesure que le poumon cède » (Jaccoud). L'exsudation liquide est-elle rapide et considérable, le poumon est-il aisément compressible, le liquide s'accumule naturellement suivant les lois de la pesanteur. « L'épanchement total, en

masse ou à refoulement pulmonaire complet, ne présente rien de semblable ; au lieu de se terminer par une lame mince suspendue par capillarité, il se termine par une surface étalée de niveau à peu près uniforme, et d'une épaisseur proportionnelle au déplacement des parties » (Jaccoud).

M. Potain ne pense pas que les phénomènes de capillarité aient dans la distribution des épanchements pleuraux le rôle important qu'on leur a fait jouer. On ne peut comparer les deux feuillets de la plèvre aux tubes capillaires qu'emploie la physique. La capillarité existe, mais elle se détruit en quelque sorte elle-même ; le liquide aspiré écarte les deux feuillets de la séreuse, le poumon revient sur lui-même, et la capillarité disparaît ; parfois le poumon congestionné résiste, mais la faible épaisseur de la couche liquide qu'aspire la capillarité ne rend pas compte des signes physiques constatés : on n'observe alors que les signes de la congestion, puisque l'épanchement doit avoir une épaisseur de 15 millimètres à 2 centimètres pour modifier la sonorité pulmonaire.

L'atélectasie pulmonaire se produit rapidement ; mais dans certains cas la dilatation du thorax empêche la compression du poumon. Cette dilatation thoracique instinctive sous l'influence du besoin de respirer est un fait assez fréquent. Elle a été mise en évidence par M. Potain dans des expériences inédites sur le pneumothorax. Elle explique les modifications rapides de volume du périmètre thoracique observées dans certaines pleurésies, modifications souvent plus marquées du côté sain que du côté malade.

§ II

La matité est ordinairement plus élevée à la partie postérieure du thorax ; elle s'abaisse en avant et, dans la plupart des épanchements moyens, ne s'étend pas au-delà de la ligne axillaire antérieure. Si l'épanchement devient plus abondant, elle dépasse cette ligne et envahit la partie antérieure du thorax. C'est à cette variété d'épanchement que Lasèque a donné le nom de *pleurésie tournante*.

La pleurésie tournante n'est pas toujours une pleurésie à grand épanchement. Le poumon congestionné est plus lourd, tombant au fond du liquide, le force parfois à se répandre en lame autour de lui. Le niveau du liquide s'élève et la plèvre semble contenir une vaste collection alors qu'en réalité le poumon presque seul est malade. Les travaux de M. Potain ont depuis longtemps fait connaître cette variété de congestion pleuro-pulmonaire.

D'autres fois, ce mode de répartition du liquide tient, non plus à l'état du poumon, mais à la position gardée par le malade lors de l'exsudation, c'est ce que nous expliquerons plus loin.

Tous les épanchements abondants tournent ainsi autour du thorax, ils refoulent et compriment les organes voisins, tandis qu'ils s'élèvent plus ou moins haut jusqu'à atteindre la clavicule. La limite interne de ces grands épanchements mérite, d'après Dumont et Ramey, qu'on la décrive avec quelque détail. Elle suit le cul-de-sac antérieur de la plèvre ; partie le plus souvent de l'articulation sterno-claviculaire du côté malade, elle se dirige très obliquement vers le côté sain et l'atteint au niveau de la 3^e ou de la 4^e articulation synchondro-costale, puis revient vers le côté malade sans l'atteindre et regagne plus bas le bord sternal du côté sain. Sa forme représente assez nettement un S italique.

CHAPITRE II

Lignes de contour de la matité.

§ I. — Epanchements à niveau horizontal. — Mobilité de l'exsudat.

Un grand nombre d'épanchements se déplacent suivant la position prise par le malade de telle sorte que leur niveau reste toujours horizontal ; la ligne de matité, oblique en bas et en avant dans le décubitus dorsal, s'élève à la partie antérieure dans la station assise. Ce fait s'observe au plus haut degré dans l'hydrothorax, où l'intégrité relative de la plèvre et du poumon plus encore que le peu de richesse de l'exsudat en fibrine assure son facile déplacement.

Pour rechercher le niveau de l'épanchement, la percussion donne les résultats les plus certains ; elle révèle, en même temps que la modification brusque du son, la diminution de l'élasticité thoracique, mais elle est parfois délicate quand la congestion pulmonaire concomitante donne lieu à de la submatité au-dessus de l'épanchement. Dans ce cas, il est utile d'en contrôler les résultats par la recherche de l'égophonie, l'état des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, la présence du souffle pleurétique ; le signe du son peut rendre également service.

La mobilité des exsudats pleurétiques a été longtemps controversée.

Signalée d'abord par Auenbrügger (1), elle fut mise en doute par Laënnec : « J'ai vu, dit-il, quelques médecins essayer d'obte-

(1) « Variatur tunc sonitus evocatus, pro vario situ ægri quem assumere capax fuerit, ita ut observet rationem liquidi sese ad libellam componentis » (AUENBRUEGGER).

nir un signe distinctif entre ces deux maladies (la pleurésie et la pneumonie), en plaçant le malade dans différentes positions ; j'ai répété moi-même cette expérience sans obtenir aucun résultat satisfaisant (1) ».

Chomel l'admet : « Dans certains cas, le liquide ne remplit pas toute la plèvre, la matité se déplace quand on change la position du malade ; mais ce fait, qui sert à distinguer la matité due aux épanchements de celle qui appartient aux pneumonies, n'est constant que dans la pleurésie toute récente ; il persiste, au contraire, dans le simple hydrothorax qui n'est point accompagné de pseudo-membranes capables de circonscrire le liquide (2) ».

Damoiseau déclare, dans la première partie de son mémoire (3), avoir cherché presque toujours inutilement la mobilité du niveau, et ne l'avoir constatée qu'une seule fois dans un épanchement récent et apyrétique. Revenant plus loin sur cette question, il dit l'avoir observée 3 fois sur 20 cas et il ajoute : « C'est dans les épanchements hydropiques ou au début des pleurésies que l'on rencontre ordinairement la mobilité ». Enfin, dans sa thèse (4), il conclut : « Dans les cinq sixièmes des pleurésies que j'ai observées, l'épanchement était immobile ».

Bouillaud reconnaît la mobilité du liquide : « Le siège et le niveau de la matité varient selon la position que l'on fait prendre au malade ; à moins toutefois que l'épanchement ne remplisse tout le côté ou que, par certaines causes exceptionnelles, le liquide ne puisse pas se déplacer conformément aux lois de la pesanteur » (5).

Piorry déclare aussi que les cas dans lesquels le niveau s'observe, et où le liquide se porte vers les parties les plus déclives, sont incomparablement les plus fréquents (6).

(1) *Traité de l'auscultation*, Ed. de la Faculté, p. 554.

(2) *Dict. de méd.*, en 30 vol. 2^e éd. 1842, art. Pleurésie.

(3) DAMOISEAU. Recherches cliniques sur plusieurs points du diagnostic des épanchements pleurétiques. *Arch. gén. de médecine.*, octobre 1843, t. III.

(4) DAMOISEAU. *Du diagn. et du trait. de la pleur.* Th. doct. Paris, 1845.

(5) BOUILLAUD. *Traité de nosographie médicale.* Paris, 1846, t. 3, p. 523.

(6) Cette constatation lui semble tout à l'avantage de la plessimétrie :

D'après Skoda, « les adhérences du poumon qui se produisent presque constamment avec les parties voisines, à la périphérie de l'exsudation, empêchent le déplacement du liquide dans les mouvements du malade. C'est pour cette raison que, dans les épanchements pleurétiques, on perçoit le plus ordinairement de la matité dans les mêmes points, malgré les positions différentes du sujet. On a dit que ces positions différentes donnaient lieu à des déplacements correspondants de la matité ; mais cette assertion, pour la plupart des cas n'est pas conforme à la vérité ».

C'est aussi l'opinion de Roger : « La mobilité des liquides pleuraux, et en conséquence le déplacement de la matité thoracique par les changements de posture des malades atteints de pleurésie, est un phénomène beaucoup plus rare qu'on ne le pense » (1) ; celle de Verliac : « Je rappelle sans y insister que le déplacement de la matité par les changements de position, caractéristique des épanchements, ne s'observe guère que dans l'hydrothorax ; des adhérences circonscrivent rapidement les pleurésies plastiques (2) » ; celle de Racle : « Ce déplacement de la matité est un fait exceptionnel, et ne se constate bien que dans l'hydrothorax (3) ».

D'après Monneret et Fleury (4) : « Les épanchements ne sont guère mobiles qu'à leur début, et cet état ne dure pas longtemps, le liquide ne tardant pas à s'enkyster ». Grisolle (5) considère aussi la mobilité comme exceptionnelle : « ce phénomène ne peut se produire que dans le très petit nombre de cas, à cause des adhérences qui s'organisent rapidement après deux, quatre ou six heu-

« Quand un homme aussi exercé à la percussion que l'était Laënnec a pu révoquer en doute le déplacement du liquide dans la plèvre, déplacement si facile à constater lorsqu'on se sert du plessimètre, il faut bien que les résultats que fournit cet instrument soient plus évidents que ceux donnés par la simple percussion ». (*De la percussion médiate*, p. 80).

(1) ROGER. Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1852.

(2) VERLIAC. Th. doct., Paris, 1863, p. 25.

(3) RACLE. *Diagnostic médical*.

(4) *Compend. de méd. prat.*, art. Pleurésie.

(5) GRISOLLE. *Traité de Path. Int.*, t. I.

res seulement, et qui, circonscrivant rapidement l'épanchement, s'opposent à ce qu'il subisse le moindre déplacement ». Il en est de même pour Fernet et d'Heilly ; néanmoins, « lorsque procédant d'une phlegmasie moins franche, l'épanchement est plus fluide, ou que l'enkystement est moins complet, comme cela arrive dans certaines pleurésies secondaires, on peut en changeant la posture du malade, faire varier la ligne de niveau, et trouver de la résonnance dans des parties précédemment mates (1) ». Jacoud adopte la même opinion : « Il est rare, même dans les épanchements médiocres, qu'on puisse modifier le siège de la matité en changeant la position du malade ; les adhérences sont la cause de cette fixité ».

Tandis que Fraentzel, Guttman, Weil, Flint, admettent la mobilité, Niemeyer la rejette, Garland affirme ne l'avoir jamais observée : « Je n'ai jamais vu un cas d'épanchement pleurétique dans lequel la percussion ait donné une ligne de démarcation entre la matité du liquide et la sonorité du poumon, qui fût horizontale dans quelque position que fût le corps du patient (2) ». Leichtens-tern la nie dans un grand nombre de cas : « J'ai vu des malades avec des exsudats atteignant en arrière l'épine de l'omoplate et s'élevant en avant jusqu'à la cinquième côte, se tenir toute la journée hors du lit, sans que la limite de l'épanchement, notée le matin, ait subi le moindre changement.... Mais d'autre part il y a des cas où la ligne de niveau est évidemment mobile, à la condition toutefois que le malade soit assis depuis assez longtemps, quelquefois même plusieurs heures (3) ». Smith la déclare peu commune chez l'enfant (4). D'après Gerhardt, seuls les exsudats récents et très petits de la plèvre sont mobiles avec les changements de position du tronc (5). D'après Whittier et Vickery : « Quand

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Pleurésie, p. 170.

(2) GARLAND. The letter S Curve. *New-York med. Journ.*, nov. 1879, t. 30, p. 493.

(3) LEICHTENSTERN, *Krankh. d. Pleura. Handb. d. Kinderkrankh. v. Gerhardt*, 1878, Bd 3, Hälfte 2.

(4) SMITH, Pleuritis in children. *Americ. J. of obstetrics*, 1881, vol. 14, p. 214.

(5) GERHARDT, *Zeit. f. klin. Med.*, 1886.

le liquide n'excède pas 8 à 12 onces (250 à 400 grammes) et qu'il n'y a pas d'adhérences, les changements de position provoquent les modifications suivantes de la ligne de matité : dans la station debout, la ligne de matité est plus basse en arrière et plus élevée sur les côtés et en avant que dans la position demi-couchée. Toutefois la mobilité du niveau est beaucoup moins fréquente chez les enfants que chez les adultes, à cause de la fréquence plus grande des exsudats fibrino-purulents et de la production d'adhérences (1) ».

La plupart des auteurs reconnaissent aujourd'hui la mobilité de l'exsudat à certaines périodes de son développement. C'est au déplacement du liquide que Peter attribue la toux pleurétique, acte réflexe produit par l'excitation des filets pleuraux du pneumogastrique (2). Dumont (3) et Ramey (4) affirment même que la plupart des épanchements sont toujours mobiles. D'après Rovighi, la mobilité des exsudats séro-fibrineux dépend de leur abondance ; elle est toujours prononcée dans les petits épanchements, tandis que dans les grands épanchements elle paraît s'adapter au degré de compression du poumon. « Les exsudats séro-fibrineux se déplacent facilement par les changements de position du corps : 1° quand ils sont petits ; 2° quand ils sont de quantité médiocre et n'ont pas déterminé de forte compression sur le parenchyme pulmonaire. Les liquides peu denses, séreux, se déplacent plus rapidement que les séro-fibrineux ; mais ce n'est pas là un critérium suffisant pour établir la nature diverse du liquide, puisque ces exsudats séro-fibrineux peuvent offrir, dans les circonstances indiquées, une mobilité évidente dans les mouvements du corps » (5).

Si les chiffres bruts pouvaient donner d'utiles indications, nous

(1) WHITTIER AND VICKERY, *Cyclopædia of the diseases of children*, 1889, vol. 2. Art. Pleurisy.

(2) « Une toux sèche et quinteuse, provoquée par le brusque déplacement du malade, est le signe excellent d'une pleurésie avec exsudat peu abondant » (PETER).

(3) DUMONT, *Des tensions intrathoraciques*, Th. doct. Bordeaux, 1883.

(4) RAMEY, *Rech. sur les courbes de matité*, Th. doct. Bordeaux, 1884.

(5) ROVIGHI, Sul. mobil. degli essud. pleur. *Riv. clin. Archiv. ital. di clin. med.*, 1890, n° 29, p. 540.

pourrions rappeler que Strauch n'a trouvé la mobilité que 1 fois sur 20 (1), et Blanc dans un tiers des cas. Rovighi a noté sur 38 malades, une mobilité franche dans 14 cas, plus limitée dans 12 cas, nulle dans 12 autres cas. Ferber et Weil ont trouvé dans leurs expériences l'exsudat toujours imité suivant une ligne horizontale.

La clinique vétérinaire, d'après Saint-Cyr, a aussi montré que chez les animaux la ligne de matité n'est autre que la ligne de niveau du liquide épanché. « Elle est parfaitement droite, horizontale, et s'étend d'avant en arrière dans toute la longueur de la poitrine, quand le sujet est en station naturelle, sur ses quatre pieds ». Chez le cheval, l'épanchement pleurétique est toujours double, et la matité existe toujours des deux côtés, sur une surface égale, se terminant de la même manière par une ligne horizontale située à la même hauteur à droite et à gauche. Chez le chien, où la pleurésie est souvent unilatérale, on peut quelquefois faire varier la position du liquide en variant l'attitude de l'animal. « C'est ainsi qu'on pourra percuter l'animal debout, en décubitus sternal, latéral, dorsal, qu'on pourra élever alternativement son train antérieur et son train postérieur, et toujours on devra trouver la matité dans les points qu'on aura rendus ainsi successivement les plus déclives, et vers lesquels on aura forcé le liquide à s'accumuler » (2).

Le déplacement du liquide par les changements de position du malade ne peut d'ailleurs plus être mis en doute depuis que Gabbi et Biondi l'ont directement constaté en clinique par des ponctions

(1) STRAUCH, Ueb. d. Nachw. d. Bewegl. pleur. Essud. b. Lagew. *Arch. f. path. Anat.*, 1889.

(2) M. Mathis a récemment signalé dans ces manœuvres sur un chien pleurétique la torsion d'un lobe pulmonaire autour de son hile. Il avait fait examiner l'animal dans différentes positions pour montrer la mobilité du liquide ; le lendemain, le chien était mort. A l'autopsie, le liquide était légèrement hématisé ; le lobe inférieur du poumon avait subi autour de son hile une torsion telle que sa face postérieure était devenue antérieure. Ce lobe inférieur était réuni au lobe moyen par un frein séreux assez volumineux, et était lui-même divisé en deux portions par la veine cave qui le traversait. La torsion s'était faite autour de ce point ; les veines avaient été oblitérées, alors que l'artère, plus élastique, était restée perméable (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, avril 1894).

exploratrices répétées (1). Ils procèdent de la façon suivante. Ayant placé le malade dans la position demi-couchée, ils déterminent la limite approximative de l'épanchement à l'aide de la percussion, de la palpation et de l'auscultation ; et en ce point, ils pratiquent, avec de minutieuses précautions antiseptiques, une ponction avec une aiguille exploratrice un peu longue. Ils ne remplissent de liquide que le tiers ou la moitié de la canule ; puis, sans bouger celle-ci, ils font prendre au malade la position gèneu-pectorale. Après quelques instants et après de fortes secousses imprimées à la paroi thoracique du côté malade, ils terminent l'aspiration. Jamais dans la deuxième position ils n'obtiennent de liquide, alors qu'ils en ont retiré dans la première.

CAS I. — Pleurésie droite avec épanchement. — La submatité arrive dans la position demi-couchée, sur la ligne parasternale au cinquième espace intercostal, sur la ligne hémi-claviculaire à la sixième côte, sur la ligne axillaire antérieure au sixième espace, sur la ligne axillaire moyenne au bord supérieur de la septième côte, sur la ligne axillaire postérieure à la septième côte, sur la ligne hémiscapulaire à la huitième côte, et sur la ligne hémidorsale au huitième espace. La sensation de résistance à la percussion sur la zone mate est assez notable. Les vibrations vocales sont diminuées là où le son est obscur, abolies au-dessous de la ligne de matité. L'auscultation fait entendre un murmure vésiculaire faible avec un lointain écho bronchique. On ne constate pas de modification du son lors du passage de la position assise à la position gèneu-pectorale. On enfonce l'aiguille dans le huitième espace intercostal sur la ligne hémiscapulaire, le malade étant assis ; la canule se remplit de liquide séreux. On fait prendre la position gèneu-pectorale, et on sent après quelques instants que le poumon heurte la pointe de l'aiguille, de sorte qu'il faut la retirer un peu. On aspire alors de nouveau, mais sans obtenir plus de liquide.

CAS II. — B... 30 ans. Pleurésie droite avec épanchement. — La matité arrive dans la position assise, sur la ligne parasternale au bord supérieur de la sixième côte, sur la ligne hémi-claviculaire au même niveau, sur la ligne axillaire antérieure de même que sur la ligne axillaire moyenne au corps de la sixième côte, sur les lignes axillaire postérieure, hémiscapulaire, hémidorsale au septième espace, sur la ligne paravertébrale au huitième espace. Résistance évidente à la percus-

(1) GABBI E BIONDI, Sulla prova della mobilita degli essudati pleurali sierosi liberi. *Lo Sperimentale*, 1891, p. 273.

sion sur la zone de matité. Les vibrations vocales sont affaiblies là où il y a de la submatité, abolies au-dessous de la ligne de matité. L'auscultation met en évidence un murmure vésiculaire faible, qui disparaît au-dessous de la ligne de matité. Le son mat de la partie postérieure devient plus clair dans la position génu-pectorale. On enfonce l'aiguille dans le huitième espace intercostal, entre la ligne hémiscapulaire et la ligne hémidorsale. Tandis qu'on obtient un liquide séreux dans la position assise, on ne retire rien dans la position génu-pectorale.

Cas III. — M... 29 ans. Pleurésie droite avec épanchement. — La matité se trouve dans la position assise, sur la ligne parasternale au bord supérieur de la cinquième côte, sur la ligne hémiclavculaire au cinquième espace, sur la ligne axillaire antérieure à la sixième côte, sur la ligne axillaire moyenne au sixième espace, sur la ligne axillaire postérieure et sur la ligne hémiscapulaire au septième espace, sur la ligne hémidorsale à la huitième côte. Il y a une résistance notable à la percussion au-dessous de la ligne de matité de l'épanchement. Les vibrations vocales manquent au-dessous de la ligne de matité ; elles sont normales ou sensiblement normales au-dessus. A l'auscultation, on entend le murmure vésiculaire indistinct au-dessus et au-dessous de la ligne de matité ; cependant au-dessous, dans les respirations profondes, apparaît un souffle bronchique lointain. Le son mat ne se modifie pas en faisant varier la position du malade. On fait la ponction dans le huitième espace entre la ligne hémiclavculaire et la ligne hémidorsale, et on obtient un liquide séro-citrin. On place le malade dans la position génu-pectorale, et l'aspiration donne encore un peu de liquide. On choisit un autre point, et on obtient le même résultat ; mais après sept ou huit minutes, on sent le poumon qui heurte contre la pointe de l'aiguille ; on la retire un peu et on sent de nouveau le heurt du viscère, et alors l'aspiration ne donne plus de liquide. Le malade étant maintenu dans la position génu-pectorale, on a une légère matité dans le creux axillaire, et l'auscultation pratiquée dans le dos y fait entendre le murmure vésiculaire.

Cas IV. — T... 53 ans. Pleurésie droite avec épanchement. — La matité répond, sur la ligne parasternale au bord supérieur de la sixième côte, sur la ligne hémiclavculaire au corps de la sixième côte, sur la ligne axillaire antérieure au bord inférieur de la sixième, sur la ligne axillaire moyenne à la septième, sur la ligne axillaire postérieure au septième espace, sur les lignes hémiscapulaire et hémidorsale à la huitième côte. On sent de la résistance à la percussion sur la zone de matité. Les vibrations vocales sont exagérées au-dessus de la ligne de matité, abolies ou presque abolies au-dessous. L'auscultation révèle un murmure vésiculaire faible au-dessus de cette ligne, extrêmement faible au-dessous. En avant et en bas on perçoit, pendant l'inspiration,

un frottement pleural très doux. Les limites de la matité ne se modifient pas avec les changements de position du malade. La ponction pratiquée dans le neuvième espace intercostal sur la ligne hémiscapulaire permet d'extraire dans la position assise un liquide séreux, tandis qu'elle ne donne rien dans la position génu-pectorale.

Le déplacement du liquide peut être obtenu dans toutes les variétés de position du tronc. La manière la plus simple de le rechercher est de faire passer le malade de la position horizontale à la station verticale. La ligne de matité s'élève alors en avant, tandis qu'elle s'abaisse en arrière. On recommandera au malade de ne pas prendre un point d'appui sur les bras portés en avant, pour ne pas être trompé par la matité du grand pectoral. M. Arnozan recommande en outre de ne percuter en avant qu'à trois ou quatre centimètres en dehors du bord du sternum ; le poumon refoulé vers le médiastin peut en effet produire une zone sonore au voisinage de cet os.

Le degré d'élévation du liquide en avant dans la station assise est très variable ; il peut atteindre six centimètres comme dans l'observation XLVI ; mais le plus souvent il est assez limité. Rarement il rend le niveau du liquide parfaitement horizontal : « Quelques auteurs ont prétendu que ce déplacement se faisait de telle façon que le niveau du liquide était toujours parallèle à l'horizon, absolument comme s'il s'agissait d'un liquide contenu dans un vase clos quelconque. Il y a là de l'exagération » (Potain) (1). Woillez l'estimait égal à la hauteur d'un espace intercostal. Dans l'immense majorité des cas, d'après M. Potain, l'étendue du déplacement est représentée par l'épaisseur d'une côte. Aussi faut-il un épanchement un peu abondant pour permettre de la constater aisément. Autric (2) l'évalue à 3 centimètres en moyenne. Elle est impossible à constater s'il existe une induration pulmonaire qui supprime la sonorité normale du thorax à la partie antérieure. Dans certains cas exceptionnels, le liquide très abondant s'a-

(1) Diagnostic et traitement de la pleurésie séreuse. *Sem. méd.*, 8 novembre 1883.

(2) Th. doct. Bordeaux, 1894.

baisse en totalité dans la position verticale aux dépens du foie ou de la rate qu'il refoule (1).

On peut encore faire coucher le malade sur le côté opposé à l'épanchement. Il faut alors se rappeler qu'exceptionnellement le foie ou la rate peuvent être assez mobiles pour exposer à des erreurs.

D'après Rovighi, « la meilleure méthode pour rechercher ce signe des exsudats pleurétiques est d'examiner le malade d'abord assis, puis dans la position couchée sur le ventre ». Arcangeli (2) recommande aussi cette méthode. Blanc (3) considère la position génu-pectorale comme le procédé de choix pour reconnaître les petits épanchements. Mais elle est peu commode pour l'explorateur, pénible et fatigante pour les malades.

M. Clément (de Lyon) (4) fait coucher le sujet sur le côté malade après l'avoir percuté assis, et cette manière d'opérer lui aurait rendu de grands services pour le diagnostic des épanchements de la plèvre droite. Dans la station assise, la ligne de matité partant du bord supérieur du foie, s'élève en arrière suivant la hauteur de l'épanchement, délimitant un espace sonore en forme de V limité d'une part en avant par le foie et d'autre part en arrière par le liquide. Quand on fait coucher le malade sur le côté droit, le liquide s'accumule dans la région latérale correspondante, et le V sonore devient mat, en même temps que la matité s'abaisse en arrière (5).

(1) « Si vous percutez le malade couché, puis assis, vous êtes tout étonné de voir qu'une matité sous-claviculaire, constatée dans le premier cas, disparaît dans le second. Cela n'a rien d'étonnant cependant, et il vous est facile de vous rendre compte de ce qui se passe, en examinant le bas de la poitrine et en constatant que le foie ou la rate se trouvent notablement abaissés. Il se produit dans ces cas, sous l'influence de la pesanteur, une sorte de déplacement en masse de toute la poche liquide » (POTAIN, *loc. cit.*)

(2) ARCANGELI, *Bollett. d. osped. di Roma*, 1890.

(3) BLANC, *Du déplacement de la matité dans les épanch. pleur.*, Th. doct. Lyon, 1891.

(4) In th. de BLANC.

(5) La recherche de la mobilité du liquide pleurétique est ordinairement sans danger; la mort subite n'est à redouter qu'avec un épanchement abondant.

Quel que soit le procédé employé, on constate la mobilité de tous les exsudats séro-fibrineux à leur début ou en voie d'accroissement ; mais elle diminue rapidement et disparaît bientôt complètement. L'époque à laquelle l'épanchement devient fixe varie suivant des conditions complexes et est difficile à préciser. M. Potain l'estime à environ huit jours ; elle est déjà très limitée quatre jours après le début de l'exsudation. C'est pour n'avoir tenu aucun compte de l'âge de l'épanchement et de l'état du poumon que les auteurs compétents n'ont pu s'entendre. La date de l'exsudation pleurale n'est pas toujours celle de la maladie ; la plupart des épanchements consécutifs à une congestion pulmonaire plus ou moins récente en témoignent. Il suffit de parcourir les nombreux documents accumulés sur la pleurésie pour apprécier combien dans l'immense majorité des cas le début de l'exsudation a été fixé d'une manière arbitraire.

Ainsi, dans toute pleurésie séro-fibrineuse, quand on trouve l'épanchement encore mobile, on peut affirmer qu'il est encore récent et n'a pas atteint le niveau actuel depuis plus de huit jours (Potain). Plus tard, la ligne de matité est fixe et conserve la forme qu'elle présentait au début : horizontale, si le liquide était primitivement à niveau horizontal ; d'une forme différente, s'il était primitivement à niveau différent, c'est le cas le plus fréquent.

§ II. — Les courbes de niveau.

I. — Opinions diverses. — Dans un grand nombre de pleurésies avec épanchement, la limite supérieure de la matité n'est pas horizontale. On l'a considérée longtemps comme oblique en bas et en avant (Wintrich) ; Damoiseau a montré qu'elle est représentée le plus souvent, sur la paroi thoracique, par une ligne incurvée.

D'après Damoiseau, la ligne de niveau du liquide dessine à la surface du thorax des courbes du genre des sections coniques obliques, et la matité pleurétique se trouve limitée par une ligne

irrégulièrement parabolique ou elliptique. Le grand axe et le sommet de la parabole répondent au bord supérieur de l'aisselle. La partie postérieure de la courbe est la plus courte, elle ne s'étend pas exactement jusqu'à la colonne vertébrale ; il existe toujours en effet près de l'épine dorsale, comme Laënnec l'avait déjà noté, une mince bande de sonorité large d'environ trois centimètres. La partie antérieure de la courbe est beaucoup plus longue, elle s'abaisse insensiblement vers le sternum et l'atteint à une hauteur variable. La courbe disparaît et la ligne de matité devient horizontale, quand l'épanchement s'élève à deux ou trois travers de doigt au-dessus du mamelon. Suivant les alternatives d'accroissement et de décroissance de l'exsudat, la surface de matité décrit des courbes emboîtées irrégulièrement paraboliques, analogues à la courbe primitivement observée.

En France, la forme parabolique de la ligne de matité a rapidement conquis tous les suffrages. Aran la considère comme pathognomonique d'un épanchement pleurétique. D'après Woillez, dans les épanchements moyens, la ligne de matité a la forme d'une demi-ellipse à convexité supérieure ; quand l'épanchement devient plus abondant, la ligne devient horizontale en arrière, mais elle occupe encore une situation plus basse en avant qu'en arrière. D'après Peter, les courbes paraboliques de Damoiseau sont des courbes latérales, c'est-à-dire, constatées sur des malades qui se couchaient sur le côté affecté ; au contraire, quand le malade se couche sur le dos, la courbe n'est qu'une moitié de parabole.

En Allemagne, Wintrich déclare que la ligne marquant la limite supérieure de l'épanchement « n'est ordinairement pas une ligne horizontale ou parallèle au sol, mais descend vers le sol suivant un angle plus ou moins aigu ». D'après Skoda : « Dans un grand nombre de pleurésies, mais non dans toutes, la matité à la percussion commence sur la paroi postérieure au-dessous de l'omoplate, s'élève ensuite pour rester au même niveau sur la paroi antérieure. En avant cependant, la matité ne remonte pas aussi haut qu'en arrière ». Niemeyer affirme seulement que la matité ne s'élève pas

aussi haut en avant qu'en arrière. Ferber admet la courbe de Damoiseau. Fraentzel pense que : « conformément aux lois physiques et selon la position du malade, la ligne de matité est une courbe dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, et dont la concavité regarde le sternum ». Rosenbach décrit la même courbe, mais il ajoute que si le malade s'est promené dans sa chambre ou a respiré profondément pendant quelques minutes, la percussion donne une sonorité remarquable à la partie postérieure. Leichtenstern a trouvé la ligne de matité ordinairement oblique en bas et en avant : « La limite de l'exsudat suivant une ligne plus élevée en arrière et qui s'abaisse à la partie antérieure, est de beaucoup la plus fréquente, parce qu'ordinairement le malade garde le lit pendant la période d'épanchement du liquide... Si le patient se couche du côté malade, alors l'épanchement se collectera dans la région axillaire et aura la forme parabolique que lui a décrite Damoiseau ». De même Weil, après avoir noté que la limite supérieure de l'exsudat, plus élevée près de la colonne vertébrale, contourne de là le thorax en s'abaissant jusqu'au niveau de la septième ou de la huitième côte, ajoute : « Une telle ligne ne s'observe que dans les épanchements qui se sont effectués le malade étant debout. Dans les autres cas, j'ai pu me convaincre plusieurs fois que la matité de l'exsudat occupe presque toute la région du thorax ; à peine sensible à la partie antérieure, elle n'était pas aussi élevée à la partie postérieure qu'au niveau de la ligne axillaire moyenne ». Ladendorff, se basant sur les lois de la capillarité, essaie de démontrer par la trigonométrie que la courbe de Damoiseau n'est pas une parabole, mais qu'elle représente une hyperbole. Eichhorst enfin a observé plusieurs cas de pleurésies récentes de moyenne abondance, dans lesquelles les limites de la matité étaient plus élevées en avant qu'en arrière.

En Angleterre, les médecins semblent peu préoccupés de la forme de la ligne de matité ; ils acceptent les résultats obtenus par Damoiseau et par Ferber.

II. — La courbe en S. — Calven Ellis (1) (de Boston), après

(1) ELLIS, *The Boston med. and. surg. Journ.*, 1874.

une étude minutieuse de la matité pleurétique, lui décrivit une forme différente. D'après cet auteur, la courbe commence relativement bas dans le dos, puis s'écarte de la colonne vertébrale et s'élève par un trajet oblique jusqu'à la région axillaire, où elle atteint son niveau le plus élevé. Elle devient ensuite presque horizontale, en s'abaissant faiblement vers le sternum. Après lui, Heitler en Allemagne et surtout Garland en Amérique ont insisté sur cette forme que prend le niveau de l'épanchement. Garland l'a comparée à la lettre S couchée horizontalement sur un côté du thorax : « Il est à remarquer que la forme particulière de cette courbe sur le dos lui donne une étroite ressemblance avec la lettre italique S, et pour ce fait je l'ai nommée la « *courbe en S* » (1) de la pleurésie » (Garland) (2).

Il existe en effet dans tout épanchement moyen, le long de la colonne vertébrale, une zone de matité moindre, qui descend plus ou moins bas et semble s'enfoncer comme un coin entre l'arête des épines dorsales et la matité de l'épanchement. « Quand on percute en allant du côté sain vers le côté malade, on peut aisément distinguer trois zones différentes. Au niveau du côté sain, le son est plein et clair jusqu'à la colonne vertébrale. Du côté malade et tout près de la colonne vertébrale, le son est plus ou moins diminué. Plus en dehors, le son est complètement mat » (Heitler) (3).

Ramey conclut d'expériences répétées sur le cadavre que quand l'épanchement atteint 2 litres, l'angle costo-vertébral disparaît et que la matité s'étend depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à l'extrême base. On trouve toujours cependant, même quand l'exsudat occupe toute la cavité pleurale, un espace plus ou moins étendu, à la partie postérieure du thorax, où le son n'est pas tout à fait mat.

(1) *The S-shaped curve.*

(2) GARLAND, The letter S Curve. — *New-York med. Journ.*, nov. 1879, t. 30, p. 494.

(3) HEITLER, Ueb. die Dämpfungsf. pleurit. Exsud. — *Wien. med. Woch.*, n° 52, 28 déc. 1878, p. 1369.

Garland a décrit cette zone avec soin. Elle a la forme d'un coin à sommet dirigé en bas. Elle est limitée, en dedans par la saillie des apophyses épineuses des vertèbres, en dehors par la ligne de matité qui à ce niveau s'élève vers les parties latérales en décrivant une légère courbe à concavité tournée en haut et en dedans. Autric a constaté la présence de cette courbe dans 15 cas sur 17 ; dans les 2 autres cas, la courbe n'était pas régulière et la matité affectait une forme en escalier, c'est-à-dire que, partie d'un point

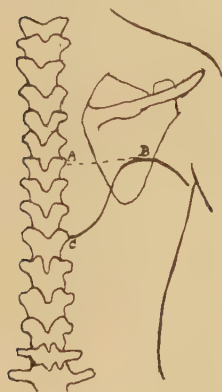


Fig. 1.

variable du rachis, elle s'élevait d'abord de 3 ou 4 travers de doigt, puis restait horizontale dans l'étendue de quelques centimètres, et reprenait enfin sa marche ascendante pour se diriger vers l'épaule ou vers l'aisselle.

Si du sommet de la courbe de matité on tire une ligne fictive perpendiculaire à la colonne vertébrale, cette perpendiculaire enferme un espace irrégulièrement triangulaire, que Garland a appelé le *triangle de submatité* « *dull triangle* ». Ce triangle n'est pas parfaitement géométrique ; son côté externe est

légèrement excavé. Aussi Heitler a comparé l'espace précédent à la moitié d'une fleur de capucine (1) qu'on aurait longitudinalement fendue en deux parties égales.

Dans l'aire du triangle de submatité, les vibrations thoraciques sont à peine perceptibles, le murmure vésiculaire est très faible et la respiration soufflante. Il y a une transition brusque entre ces signes et ceux de l'épanchement, ce fait élimine l'hypothèse d'une transmission des bruits du côté sain propagés au côté malade.

La zone de submatité est assez variable et le triangle grossier qu'elle représente peut faire place, dans certains cas, à une simple bande de submatité plus ou moins large qui descend presque jusqu'à la partie inférieure de la cavité pleurale et qui remonte plus ou moins haut le long de la colonne vertébrale. Sutherland estime

(1) *Tropæolum majus*.

la largeur du triangle à deux travers de doigt ou un peu moins ; c'est aussi la dimension que nous avons constatée le plus souvent. D'après Autric, cette largeur est un peu plus considérable et atteint à mi-hauteur en moyenne 5 centimètres. La hauteur du triangle n'est pas en rapport avec la quantité du liquide épanché ; Autric l'estime à 6 centimètres en moyenne. Dans un cas de pleurésie séro-fibrineuse gauche, cité par Ramey et où l'épanchement était de 1200 grammes, le triangle de Garland mesurait en hauteur 9 centimètres ; dans un autre cas de pleurésie séro-fibrineuse gauche, dû au même auteur et où l'épanchement était de 1600 grammes, cette hauteur était de 3 centimètres. « L'étendue de la zone de submatité dépend en partie de l'abondance de l'épanchement et en partie de l'élasticité pulmonaire. Il n'y a pas de proportion définie entre la quantité de l'épanchement et la zone submate qui avoisine la colonne vertébrale ; il faut en fait tenir compte ici de l'élasticité du poumon, qui peut résister à la compression davantage chez un individu que chez un autre » (Heitler). Quand l'épanchement diminue, le triangle de submatité s'élargit ; et c'est là, d'après Heitler, un signe aussi excellent que précoce de la résorption du liquide ; nos observations n'ont pas jusqu'à présent confirmé l'importance de ce signe.

Cette zone de submatité est liée à la présence du poumon congestionné ou atelectasié, incapable d'abandonner la gouttière costo-vertébrale pour y faire place au liquide : « Expérimentalement j'ai trouvé que cet espace répond à la position et à la forme de la partie inférieure du lobe inférieur du poumon qui se trouve ici au contact direct de la paroi » (Garland).

La courbe en S est la forme la plus générale de la ligne de matité. Depuis les travaux de Garland, elle a été admise et décrite en France par Ramey, Clément (de Lyon), Blanc, Autric ; en Angleterre par Parsons, Powel, Schattuck, Sutherland. Pour la tracer sur le thorax, il faut percuter attentivement et légèrement le côté malade en procédant de haut en bas. On percevra plus aisément le triangle de submatité, si le malade s'est promené quelques instants ou du moins s'il a fait quelques inspirations profon-

des qui ont permis aux alvéoles sous-jacents de se dilater plus complètement par l'entrée de l'air dans leur cavité.

Garland et Ramey placent au creux de l'aisselle le point culminant de la courbe. Nous pensons avec Autric que ce point siège ordinairement plus en dedans, entre l'épaule et la colonne vertébrale.

Les courbures tendent à s'aplanir à mesure que l'épanchement augmente ; quand celui-ci atteint la deuxième côte, la courbe ne présente plus la forme caractéristique et devient presque horizontale. « Mais si une partie du liquide disparaît par aspiration ou par résorption, la courbe en S reparaît et s'efface dans un ordre inverse de sa production, jusqu'à ce que la résorption complète l'ait ramenée à la limite normale du poumon » (Garland).

CHAPITRE III

Causes de la fixité de l'épanchement.

§ I. — Théories diverses.

De nombreuses théories ont essayé d'expliquer la forme et la fixité de l'épanchement.

Gerhardt attribue la courbe parabolique à l'origine dentelée des muscles de la paroi thoracique : « Ich finde keinen anderen grund für diese curven der Dampfungsgrenze als die in Folge der Muskelinsertionem ungleichemassige Dicke der Brustwand (1) ».

Damoiseau invoque l'enkystement rapide des épanchements inflammatoires : « Les pleurétiques sont ordinairement couchés sur le dos, quand leur épanchement se forme ; le liquide se met de niveau dans cette position, et par conséquent sa face supérieure plane, coupe obliquement le thorax selon une ligne dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Bientôt l'épanchement s'enkyste dans cette position, et il est dès lors fixé, retenu, sans pouvoir désormais céder à l'action de la pesanteur, de sorte que si l'on fait asseoir le malade, la matité s'élève en arrière du thorax plus haut qu'en avant et sur les côtés » (Damoiseau). Il peut exister en effet un enkystement réel de l'exsudat ; mais celui-ci ne peut alors augmenter de volume sans rompre les adhérences qui l'enferment. L'enkystement n'explique pas pourquoi suivant les alternatives d'accroissement ou de décroissance, la ligne de matité décrit, selon la remarque de Damoiseau lui-même, des courbe paraboliques emboîtées.

Eichhorst l'attribue à des accolements pleuraux irréguliers.

(1) GERHARDT, *Lehrb. d. Auscult. u. Percuss.* Tübingen 1876.

Rovighi (de Modène) (1) pense que l'absence de mobilité dépend de la quantité plus que de la nature du liquide épanché ; et Blanc adopte cette théorie : « Tout en tenant compte de la nature du liquide et tenant pour prouvé que le liquide sera d'autant plus mobile qu'il sera moins dense et que de tous les épanchements, l'épanchement séreux se déplacera le plus facilement, nous donnerons un rôle prépondérant à la quantité du liquide et nous admettrons que, de tous les épanchements, les petits sont les plus mobiles ».

THÉORIE DE LADENDORF. — Dans quelques cas, l'épanchement lamelliforme peut être assimilé au liquide contenu entre deux lames parallèles et, toutes proportions gardées, il peut jusqu'à un certain point être justiciable des lois des dénivellations capillaires étudiées par les physiciens. Il est curieux de rappeler à ce propos l'expérience célèbre d'Hawksbee : Deux plans en verre, liés par une charnière que l'on place verticalement, sont plongés dans l'eau après qu'on les a légèrement écartés ; l'eau s'élève entre ces plans de manière à dessiner une courbe qui est une hyperbole équilatère (Gariel) (2). Ladendorf constate que les lois de la capillarité sont encore sensiblement exactes quand il s'agit de deux cylindres emboîtés. Il prend deux verres de lampe droits et de calibre tel qu'ils puissent entrer l'un dans l'autre en laissant entre eux un espace capillaire. Il les maintient au contact en un point avec un peu de vernis et porte le système dans un vase rempli d'eau ; le liquide monte entre les deux cylindres de verre et sa limite supérieure prend aussitôt la forme d'une hyperbole. Appliquant ces faits aux épanchements intra-pleuraux, il essaie de prouver à l'aide de formules trigonométriques que l'épanchement doit aux lois de la capillarité la forme hyperbolique de sa limite supérieure et la fixité de cette forme dans les changements de position du malade.

(1) *Congrès de Rome*, octobre 1890.

(2) GARIEL, *Éléments de physique médicale*, 2^e éd., 1884, p. 231.

§ II. — Théorie de Peter. Expérience des flacons.

Sans être plus exacte, la théorie de Peter eut plus de retentissement. Peter fait intervenir la viscosité du liquide, qui empêche le niveau de s'aplanir lorsque le malade s'assoit (1).

Supposons d'abord le liquide complètement *séreux*, d'une fluidité comparable à celle de l'eau ; il obéit docilement aux lois de la pesanteur. Logé dans la gouttière costo-vertébrale sous l'influence du décubitus dorsal ; il glisse, quand le malade s'assied, sur le plan que lui offre le diaphragme et se place de telle sorte que sa ligne de niveau est horizontale.

Supposons-le maintenant entièrement *fibrineux*. Il acquiert des propriétés adhésives qui font obstacle à la pesanteur ; de sorte que l'exsudat, quand le malade prend la position verticale, conserve à peu près la même disposition qu'il affectait quand le tronc était sur le plan incliné. La ligne de niveau de la matité n'est plus horizontale quand le malade s'assied ; elle reste oblique à l'axe du cône thoracique, et le plan qui passerait par cette ligne de matité donnerait une ligne d'intersection de forme à peu près parabolique.

Supposons-le enfin *séro-fébrineux*. « Il se ramassera comme les précédents aux points les plus déclives du thorax, le malade étant couché ; puis, dès qu'il s'assoira, la partie séreuse de l'épanchement glissera vers la base de la poitrine et sur le diaphragme, laissant comme une eau boueuse qui se retire, une épaisse couche de limon sur les points qu'elle abandonne, de sorte qu'on aura par la percussion : 1° aux points naguère occupés par la totalité de l'épanchement, de la matité superficielle due à la présence de la matière fibrineuse restée collée aux parois de la poitrine, et 2° dans une zone inférieure, une matité profonde et absolue causée par la masse séreuse qui a glissé sur ce point ».

Pour confirmer sa théorie, Peter prend deux flacons dont l'un

(1) PETER, *Lec. clin.*, Paris, 1877.

contient de l'eau et l'autre du goudron. L'eau du premier flacon a son niveau horizontal, quelle que soit la position donnée à ce dernier. Il n'en est pas de même du goudron : « Le flacon étant placé dans une position oblique analogue à celle d'un malade couché dans un lit, le liquide s'accumule naturellement aux parties inférieures, de façon que le plan qui le limite supérieurement est horizontal ; et l'intersection de ce plan avec les parois du flacon est exactement une parabole. Si maintenant je replace ce flacon dans la position verticale, la partie la plus fluide du goudron se précipite au bas du vase, et la limite supérieure de cette partie fluide est la ligne de niveau circulaire ; tandis que la portion visqueuse, restée adhérente aux parois, est précisément disposée suivant les contours de la parabole primitive. Vous voyez que cette parabole se raccorde avec la ligne de niveau suivant un angle obtus ouvert en haut et en dehors. »

Telle est, d'après Peter, l'image de ce qu'est une cavité pleurale contenant à la fois de la matière fibrineuse et de la sérosité.

§ III. — Rôle du poumon dans la répartition de l'épanchement. — Théorie de Potain.

Si la plèvre est un flacon, ce n'est pas un flacon capable de recevoir librement une quantité plus ou moins considérable de liquide. Peter ne tient nul compte du poumon : « Ayez, je vous prie, présentes à l'esprit les données suivantes : la position du malade sur le plan incliné du lit, la forme du thorax, la présence d'un épanchement dans la cavité pleurale, la nature de cet épanchement, enfin l'action de la pesanteur, et vous aurez tous les éléments de la solution du problème de séméiotique dont je vous donne l'explication ».

Malheureusement pour la théorie, dans le flacon se trouve un flotteur ; c'est le poumon, organe plein d'air et de sang, susceptible de varier de densité et de volume dans d'énormes proportions ; tantôt surnageant à la surface du liquide qui le refoule, tantôt

s'enfonçant plus ou moins dans la profondeur, tantôt enfin tombant lourdement jusqu'au fond.

Les épanchements séro-fibrineux glissent-ils sur la paroi pleurale, laissant « comme une eau boueuse qui se retire, une épaisse couche de limon sur les points qu'elle abandonne » ? « Sans doute les pleurésies séreuses s'accompagnent souvent de masses fibrineuses, mais ces masses sont contenues dans un liquide qui se déplace avec elles » (Potain) (1). La viscosité du liquide et ses propriétés adhésives seraient une raison plus sérieuse : ajoutez que la plèvre enflammée est inégale, rugueuse, et se prête volontiers à ces phénomènes d'adhérence. Mais le liquide est-il assez visqueux pour ne pouvoir se déplacer ? « Il n'est pas jusqu'aux épanchements purulents qui n'aient une fluidité suffisante pour se déplacer sous l'influence de la pesanteur » (Potain). Ramey a constaté un déplacement de 3 à 4 centimètres dans un cas de pleurésie purulente ; Autric fait également mention de faits analogues.

Lorsque l'épanchement disparaît, la partie liquide est la plus rapidement résorbée ; si la théorie de Peter était exacte, il ne resterait en dernier lieu à la partie postérieure qu'une submatité due au limon en voie de désagrégation. Or, Damoiseau a montré que, du moins dans un bon nombre de cas, les oscillations de quantité font varier la hauteur de la ligne de matité, mais non sa forme générale, qui reste celle de courbes emboîtées.

Le rapport indiqué par Peter entre la courbe parabolique de la ligne de niveau et la nature fibrineuse de l'exsudat est d'ailleurs loin d'être constant. Ellis rapporte deux faits où la ligne de matité était très oblique ; cependant, chez un de ces malades, le liquide extrait était clair et séreux :

Obs. I. — Le 31 décembre 1873, un matelot, âgé de 20 ans, né en Islande, est entré à l'hôpital général du Massachusetts. Comme il ne comprenait pas l'anglais, on ne put avoir de renseignements ; cependant on apprit qu'il avait de la douleur dans la région du mamelon droit, et que ses crachats étaient blanc-jaunâtres et mousseux. Pouls 130, petit et faible. Température 103°F (39.4C.). Tout le côté droit de la

(1) *Semaine médicale*, 8 novembre 1883.

poitrine était mat, excepté le haut de l'omoplate et la région claviculaire. Le cœur était repoussé à gauche. La respiration était lointaine et faible au-dessous de la ligne de matité ; on entendait à ce niveau un souffle doux et très étendu en arrière.

Le jour suivant, on fit une ponction entre la 8^e et la 9^e côtes, au voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate ; on retira 84 onces (2500 gr.) d'une sérosité claire et jaunâtre. Pendant la dernière partie de l'aspiration, il se produisit une toux fréquente qui cessa bientôt.

La guérison eut lieu.

Il s'agissait chez l'autre malade d'un hydrothorax survenu au cours d'une affection cardiaque :

Obs. II. — Le 4 novembre 1874, un enfant entre à l'hôpital, atteint d'une maladie valvulaire du cœur. A l'examen de la poitrine on trouve, du côté droit, une matité dont la limite supérieure partait de la dixième vertèbre dorsale en arrière, s'élevait un peu au-dessus de l'angle de l'omoplate, et gagnait en avant le cinquième espace intercostal. Le 16 novembre, la ligne de matité part de la neuvième vertèbre dorsale en arrière, s'élève presque jusqu'à l'épine de l'omoplate dans l'aisselle, et s'abaisse progressivement en avant jusqu'au niveau du quatrième cartilage costal. Le murmure vésiculaire était absent sur une large étendue de la surface mate ; il avait un caractère bronchique au tiers inférieur et près de la colonne vertébrale. Egophonie très marquée au niveau de la ligne de matité. Le 24 novembre, celle-ci était revenue aux points qu'elle occupait d'abord.

Dans un cas d'hydro-pneumothorax, où la succussion hippocratique interdisait formellement de donner à l'épanchement des propriétés autres que celles d'un liquide très fluide, Autric a constaté le long de la colonne vertébrale une encoche sonore de 11 à 13 centimètres de profondeur.

Enfin l'expérience des flacons a été réalisée sur les cadavres d'individus ayant des poumons normaux, par des injections dans la cavité thoracique d'un à deux litres d'une solution de goudron ou d'autre liquide dense (solutions de gomme et de colle de poisson). Le cadavre étant alors placé dans différentes positions, on note que la forme de la ligne de matité ne se modifie pas rapidement, mais seulement après un certain temps. En réalité, en admettant qu'une couche de liquide reste, par suite de sa densité,

adhérente à la paroi costale, elle obscurcit un peu le son de percussion, mais ne produit pas de matité absolue (Rovighi) (1).

La répartition du liquide dans la cavité pleurale ne dépend donc pas de la nature du liquide épanché. Sa mobilité dépend de l'état du poumon. Quand l'exsudat est fixe, sa distribution est le plus souvent déterminée par l'attitude du thorax dans laquelle la topographie de l'épanchement a été en quelque sorte « saisie ».

Or, à ce point de vue, chaque pleurétique localise son épanchement à sa manière. Tantôt le malade, pris brusquement en pleine santé d'un mouvement fébrile assez marqué, accompagné de petits frissons, d'une toux sèche, de malaise, et surtout d'une douleur de côté très violente, si pénible parfois qu'elle lui arrache des cris à chaque inspiration, est condamné immédiatement à garder le lit. La pression exagère la douleur, et pour éviter de comprimer sa paroi thoracique endolorie, le pleurétique se couche sur le côté sain « absolument comme il s'abstiendrait de peser sur un coude ou sur un genou douloureux » (Peter). Plus tard seulement, la douleur étant apaisée, il se retourne sur le côté correspondant à l'épanchement, pour faciliter l'ampliation respiratoire du poumon sain. Tantôt, composant avec sa douleur et sa dyspnée, il se couche, comme l'a montré Andral, en diagonale sur le côté malade, c'est-à-dire qu'il prend une position intermédiaire entre le décubitus dorsal et le décubitus latéral. Parfois la douleur thoracique est presque nulle ou fait défaut ; le malade se couche sur le dos. D'autres fois la dyspnée seule est intense, et le patient se couche uniquement sur le côté atteint. Tantôt enfin le malade, quoique sans entrain et sans appétit, ressentant un peu de gêne et de pesanteur dans un des côtés du thorax, reste levé dans la journée et continue de vaquer à ses occupations habituelles. Dans chacune de ces positions, le liquide se répartit suivant une ligne de niveau parallèle au sol, mais variable par rapport à l'axe du thorax, et qu'il gardera lorsque la cavité pleurale se sera définitivement accommodée à son contenu.

(1) *Rivista clinica*, 1890, n° 29, p. 540.

Luzzato cite l'histoire curieuse d'une lavandière qui, dans les premiers jours de la maladie, avait continué son métier qui l'obligeait à se tenir, pendant des heures, le tronc incliné en avant. La matité chez elle était très élevée en avant, et beaucoup moins en arrière : « Après plusieurs jours de repos au lit, le niveau supérieur de la matité avait repris sa forme ordinaire ».

C'est donc le poumon qui joue le principal rôle dans la fixité de l'épanchement.

L'idée de faire jouer un rôle au poumon dans la forme de la courbe de matité n'est pas absolument nouvelle. Laënnec, qu'il faut toujours citer, signale déjà la fixité de position du poumon comprimé : « Il faut ajouter que *le poumon comprimé par l'épanchement devient beaucoup moins mobile*, que les adhérences anciennes ou les fausses membranes récentes le fixent le plus souvent d'une manière invariable dans la même position » (1).

Leichtenstern l'a plus nettement invoqué. N'attribuant la courbe parabolique qu'aux épanchements en voie de régression, il l'explique par une ampliation inégale et successive des différentes parties du poumon lors de la résorption.

D'après Garland (2) le niveau de l'épanchement dans les exsudats de moyenne quantité, reproduit la forme de la base du poumon : « Le poumon, résistant plus que le liquide qui le presse, est le principal facteur (*moulding agent*) qui détermine la courbe de matité » (Garland). Cette forme normale du bord inférieur du poumon représente en effet « une courbe, dont le point le plus bas se trouve en arrière, et qui s'élève à la partie antérieure » (Garland). Les épanchements plus abondants s'insinuent graduellement entre la paroi thoracique et le poumon ; la courbe alors se modifie proportionnellement à l'aptitude relative des différentes parties du poumon à résister à la pression latérale qu'exerce le liquide et à conserver assez d'air pour résonner normalement.

M. Potain a formulé en termes plus exacts et plus précis le rôle du poumon dans la topographie de l'exsudat. « C'est moins la

(1) LAENNEC, *loc. cit.*, p. 554.

(2) *The Boston med. and surg. Journ.*, 17 sept. 1874, n° 12.

qualité même du liquide que l'ensemble des conditions dans lesquelles il est sécrété et, en particulier, l'état du parenchyme pulmonaire, qui nous paraissent commander le mode de répartition de l'épanchement » (Homolle) (1). Quand l'épanchement est modéré et récent, sous l'influence de la pesanteur, il glisse en avant dans la position assise, et le poumon vient occuper en arrière la place du liquide. Mais dès que le viscère est atélectasié, ce qui se produit rapidement, il ne peut reprendre facilement sa forme primitive, il est incapable de se laisser refouler davantage en avant et de se dilater en arrière ; le liquide ne se déplace plus par les changements de position du malade parce que le vide ne peut exister entre la plèvre costale et le poumon ; si le fait était possible, on verrait la paroi thoracique se déprimer sous l'action de la pression atmosphérique. Le poumon et le liquide conservent nécessairement la position qu'ils se sont créée l'un à l'autre. L'imperméabilité du poumon à l'air est donc la principale cause qui fixe l'épanchement dans la position qu'il occupe primitivement. Cette imperméabilité du poumon est due quelquefois à l'atélectasie, mais le plus souvent à la congestion pulmonaire qui a précédé ou qui accompagne l'exsudation pleurale : « On doit poser en principe que toute pleurésie aiguë est initialement une maladie pulmonaire. Même dans les conditions étiologiques les plus classiques, c'est le poumon qui est le premier atteint : la plèvre ne se prend que secondairement ; tout au plus peut-on admettre que le processus morbide s'y développe simultanément... Très rarement, pour ne pas dire jamais, la pleurésie est un acte morbide primitif : il faut toujours chercher, en présence d'un épanchement pleural, la lésion parenchymateuse sous-jacente, inflammatoire, septique ou parasitaire » (Rendu) (2). La plèvre peut être lésée primitivement, sans l'intervention du poumon ; mais ce fait est relativement rare. La mobilité du liquide dépend donc principalement de l'aptitude des alvéoles pulmonaires à se laisser compri-

(1) *Rev. des sc. méd.*, 1880, t. XV.

(2) *Leçons de clinique médicale*, t. I, p. 263.

mer par l'exsudat pleural ou dilater au contraire par l'air venu des bronches.

La même théorie a été défendue récemment encore par Rovighi (1890) : « Le poumon dans la cavité pleurale se trouve dans un état de tension élastique permanente. Par suite de la pression atmosphérique qui s'exerce dans les cavités alvéolaires, il doit, quand son parenchyme n'est pas excessivement comprimé et atelectasié, nécessairement remplir à chaque déplacement du liquide intrapleural la place abandonnée par ce liquide. Mais quand le poumon est fortement rétracté vers le hile et comprimé par l'exsudat, le parenchyme ayant perdu de son élasticité, les plus légers changements de position du liquide et du poumon sont rendus difficiles et presque impossibles ». Le rôle du poumon dans la mobilité ou la fixité de l'épanchement a été démontré par Pennato et Chiarutini sur le cadavre d'un homme atteint de pleurésie séro-fibrineuse. Les auteurs précédents ont vu le poumon, entouré de liquide et flottant à sa surface, tendre toujours à remplir le vide laissé par ce dernier lors des changements de position du thorax.

CHAPITRE IV

Les épanchements partiels.

Nous avons supposé la plèvre exempte d'adhérences ; mais assez souvent sa cavité se trouve cloisonnée par l'union de ses feuillets en différents points. Ces adhérences fragmentent l'épanchement ou le localisent en diverses régions du thorax. Parfois, au cours même de l'affection pleuro-pulmonaire, l'exsudat se concrète très rapidement et des fausses membranes limitent le liquide ainsi enfermé dans une sorte de loge ; plus souvent, les pleurésies partielles sont des pleurésies secondaires enkystées ou cloisonnées par les reliquats d'une inflammation antérieure.

On sait combien sont fréquentes les adhérences de la plèvre. Sorel (1) les a rencontrées 11 fois sur 44 soldats âgés de 20 à 24 ans ; et 46 fois dans 82 autopsies civiles, non compris les sujets morts de tuberculose pulmonaire. Une statistique faite en Amérique de 1881 à 1891 (2) et portant sur 1356 autopsies a donné les résultats suivants : sur 371 sujets morts de tuberculose aiguë ou chronique, on trouva des adhérences 279 fois (soit 75 pour 100) ; sur 156 morts de pneumonie, on en trouva 112 fois (soit 71 pour 100). Les 829 autres nécropsies provenaient de sujets morts sans avoir eu de maladie pulmonaire connue ; sur 322 d'entre eux (soit 40 pour 100), on trouva des adhérences pleurales d'étendue variable.

Les adhérences occupent le plus souvent les deux tiers inférieurs et siègent ordinairement à la partie postéro-latérale du thorax. Elles prédominent du côté droit, et quand elles existent des deux côtés, elles sont plus prononcées à droite (Sorel) ; cependant, nos

(1) SOREL. Sur les adhérences pleurales anciennes. *Union médicale*, 14 juillet 1883.

(2) *New-York medical Record*, 7 mars 1891.

44 cas d'épanchements partiels comprennent 25 épanchements de la plèvre gauche et 19 seulement de la plèvre droite. Les adhérences pleurales entravent la mobilité du liquide et peuvent modifier singulièrement sa répartition dans la cavité de la séreuse.

§ I. — Epanchements interlobaire, médiastin, diaphragmatique.

Epanchement interlobaire. — Parfois deux lobes contigus du poumon adhèrent l'un à l'autre à leur périphérie, et dans la scissure interlobaire ainsi fermée, l'épanchement se fait sa place, refoulant le parenchyme de part et d'autre. Il n'est pas nécessaire que l'adhérence soit complète ; il suffit que les brides qui maintiennent les deux lobes adjacents soient assez solides pour résister à la pression du liquide épanché. La pleurésie interlobaire donne assez souvent lieu à la production d'une zone de matité avec absence de vibrations thoraciques ayant à peu près le siège et la direction de la scissure correspondante. Elle accompagne parfois la pleurésie multiloculaire. La pleurésie séro-fibrineuse interlobaire est rare ; « et cela peut paraître étonnant, car il est fort commun de trouver, après les pneumonies accompagnées d'une pleurésie très légère, les bords des scissures pulmonaires agglutinés par une fausse membrane qui ne pénètre pas dans les intervalles. Il n'est pas rare non plus de trouver, dans des poumons d'ailleurs sains, et qui n'adhèrent que dans quelques points à la plèvre costale, ces bords adhérents entre eux par des lames séreuses plus ou moins abondantes, quoiqu'il n'en existe aucune sur les surfaces mêmes des scissures. Il est évident que, dans les cas de ce genre, les scissures des poumons se trouvent transformées en une espèce de sac sans ouverture ; et s'il survient par la suite une inflammation de la plèvre qui tapisse les scissures, il en résultera l'espèce d'épanchement, en quelque sorte enkysté, que nous venons de décrire : et il n'est pas besoin pour cela que les adhérences des bords soient assez nombreuses et assez complètes

pour interdire tout passage à un liquide de l'intervalle des scissures dans le reste de la plèvre ; des lames séreuses accidentelles très tenaces et un peu rapprochées les unes des autres, suffisent pour isoler l'inflammation dans la scissure » (Laënnec) (1). L'observation suivante est un des rares exemples de pleurésie séro-fibrineuse interlobaire.

OBS. III (Résumée). — *Epanchement enkysté de la plèvre simulant dans sa marche et ses symptômes une caverne du poumon* (FRANCK. *Bordeaux médical*, 1873). — Un marin, âgé de 45 ans, entre le 2 août à l'hôpital Saint-André avec des phénomènes scorbutiques. Il a des accidents syphilitiques depuis quatre ans. Il tousse, expectore une quantité considérable de crachats purulents, et présente tous les signes d'une cachexie avancée. L'examen de sa poitrine impose le diagnostic d'excavation pulmonaire : la coexistence des crachats muco-purulents, de l'élévation vespérale de la température ne pouvait laisser à ce sujet aucun doute. C'est au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, à gauche, que se trouvent réunis au grand complet les signes physiques d'une vaste cavité. Submatité à la percussion dans un rayon de 4 à 5 centimètres, souffle caverneux, râles muqueux à grosses bulles, pectoriloquie. Aux sommets ; souffle à l'expiration, quelques râles sous-crépitaux. Le siège de la cavité à la partie inférieure du poumon fit instituer le traitement antisypilitique. Mort 5 semaines après son entrée.

A l'autopsie, on trouva une adhérence totale des deux feuillets pleuraux à gauche, sans tubercules de la plèvre, et entre les deux lobes du poumon gauche, un kyste séreux du volume du poing, ne communiquant point avec la bronche, et résultant évidemment d'une pleurésie interlobaire ancienne avec épanchement enkysté. Pas la moindre cavité dans le poumon, pas de granulations tuberculeuses, mais une congestion générale dans les poumons.

Parfois l'épanchement interlobaire n'est qu'une sorte de diverticule d'un épanchement de la grande cavité pleurale arrêté à la partie inférieure par des adhérences costo-pulmonaires. D'autres fois il réunit une loge postérieure à une loge antéro-inférieure ; nous reviendrons tout à l'heure sur ces faits.

Epanchement médiastin. — La pleurésie médiastine est ordinairement purulente. Les épanchements séro-fibrineux ne se localisent jamais à cette partie de la séreuse ; mais quelques-uns

(1) LAENNEC, *Traité de l'auscult.*, Edit. de la Faculté, p. 596.

contournent le poumon et prédominent vers le médiastin. Les signes d'un épanchement abondant sans ampliation de la paroi thoracique correspondante doivent faire soupçonner ce mode de répartition de l'exsudat. Dans ces cas, le cœur et les autres organes du médiastin sont toujours fortement refoulés ; le poumon au contraire reste plus ou moins rapproché de la paroi thoracique ; la zone de submatité de Garland fait place en arrière à la matité de l'épanchement. En avant, la ligne de matité dessine le cul-de-sac pleural antérieur distendu et déborde plus ou moins le sternum. Les espaces intercostaux ne sont que peu ou pas élargis. Le siège de la matité au voisinage du sternum, l'absence d'ampliation thoracique peuvent simuler une péricardite. Le tympanisme sous-claviculaire, le refoulement du cœur sans éloignement de la pointe permettent d'établir le diagnostic.

OBS. IV (Résumée). — *Pleurésie médiastine tuberculeuse ; péricardite ; foie cardiaque et tuberculeux ; tuberculose cérébrale et méningée.* — (VELIMIROVITCH. *Etude sur la pleurésie médiastine, en particulier chez l'enfant.* Th. doct., Paris, 1892). — B..., 10 ans, entre salle Bouchut au mois de mai 1891. Malade depuis un mois ; il se plaignait uniquement d'une barre sur le ventre, un purgatif a fait disparaître cette sensation ; mal à son aise, il commençait à se plaindre d'un point de côté à gauche. Enfant très amaigri et très pâle, assez développé pour son âge. Réseau veineux bleuâtre assez accusé à la partie supérieure et gauche du thorax. Voussure précordiale assez prononcée et étalée, avec saillie des espaces intercostaux, cœur non déplacé, on apercevait nettement les battements cardiaques avec légère ondulation de la paroi costale.

La percussion avait démontré une zone tympanique sous la clavicule et, à partir de la deuxième côte, de la matité qui atteignait en bas la sixième côte et dépassait à droite le bord du sternum. Espace de Traube conservé en partie. Diminution des vibrations au niveau de la matité, et exagération de ces mêmes vibrations du côté opposé. A l'auscultation, on entendait immédiatement sous la clavicule un souffle bronchique assez fort ; pas de râles. Respiration puerile à droite. Fréquents accès de suffocation. A cause du retrait de la paroi costale on suppose une symphyse cardiaque. Diagnostic : péricardite.

Ponction au niveau du cinquième espace intercostal gauche et en dehors du mamelon. On retire 80 grammes de liquide sanguinolent. Le lendemain, on constate les signes de l'épanchement à la base gauche. Une nouvelle ponction donne un liquide semblable. On pense à une pleurésie médiastine avec péricardite déjà ancienne. L'enfant va mieux et est envoyé à la campagne.

Mort 2 mois plus tard avec des phénomènes éclamptiques.

AUTOPSIE. — Péricardite ancienne et symphyse cardiaque. Les plèvres médiastine et pulmonaire étaient couvertes de fausses membranes et parsemées de nombreux tubercules. Tuberculose du poumon droit. Méningite tuberculeuse récente.

OBS. V (Résumée). — *Pleurésie séro-fibrineuse à localisation surtout médiastine.* — *Epanchement abondant sans ampliation thoracique* (VELIMIROVITCH, *loc. cit.*). — G..., 11 ans, entré salle Bouchut le 20 avril 1891. Il y a 4 jours, l'enfant prend froid et rentre chez lui avec des frissons. Dans la nuit la fièvre se déclare. Depuis ce moment, il tousse par quinte pendant la nuit et la toux provoque de la douleur au côté gauche. Crachats épais, jaunâtres, striés de sang. Fièvre vive le soir, délire assez violent.

Etat actuel. — Matité en arrière et à gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate. Respiration à peine appréciable dans toute cette étendue, sauf au tiers moyen du poumon, où on perçoit une respiration soufflante. Vibrations très diminuées au niveau de la matité. En avant, réseau veineux bleuâtre, assez développé sur le thorax et sur les épaules, et plus développé du côté gauche que du côté droit. A la percussion, dans l'étendue d'un travers de doigt au-dessous de la clavicule, ainsi que sur elle, sonorité tympanique. Immédiatement au-dessous, au niveau de la deuxième côte, matité qui s'étend jusqu'au-dessous de la pointe du cœur, dépassant celle-ci d'environ deux travers de doigt.

Vibrations thoraciques exagérées au niveau du tympanisme, très affaiblies partout où l'on constate de la matité. Souffle ayant un peu le timbre du souffle pleurétique, vers le tiers moyen du poumon en avant. Le maximum de la systole cardiaque se trouve refoulé à droite. Dans l'aisselle, sonorité perçue à trois travers de doigt au-dessous du sommet de l'aisselle.

Une ficelle tendue de la fourchette sternale au milieu de la symphyse pubienne coupe le sternum en deux parties égales. Une ponction exploratrice retire un liquide séro-fibrineux.

L'après-midi, M. Grancher constate les signes suivants : Le médiastin est refoulé à droite dans une proportion très notable. Matité au niveau de la première pièce du sternum et à plus d'un travers de doigt à droite du sternum. Le maximum des signes physiques est en avant à la hauteur du médiastin. Cœur refoulé ; le maximum des battements est à droite du sternum. Léger effacement de l'espace de Traube. Les espaces intercostaux paraissent plus développés du côté droit que du côté gauche, non seulement à la vue, mais encore lorsqu'on prend alternativement entre les deux mains chaque côté du thorax. Voussure de la région antérieure.

En somme le liquide, inégalement réparti, siège surtout en avant et

dans le médiastin ; on peut faire le diagnostic de pleurésie à localisation spéciale, avec congestion pulmonaire.

23. — En arrière, on entend la respiration plus bas ; la matité est la même. Dans l'aisselle, la matité s'étend moins bas et la respiration soufflante s'entend dans une étendue plus grande. Espace de Traube presque sonore. Pointe du cœur à peu près au lieu d'élection.

La matité persiste au niveau du sternum ; mais en dehors de lui, à droite, la sonorité est redevenue normale.

24. — En arrière, sonorité dans plus du tiers supérieur du poumon. Au niveau de la deuxième côte, la submatité remplace la matité. Quelques gros râles sous-crépitants au-dessus du mamelon.

2 mai. — Matité en arrière et à gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate. Respiration très lointaine à la partie inférieure. Vibrations affaiblies à la base. Egophonie très manifeste. Pectoriloquie aphone. Respiration à peine perceptible dans l'aisselle. En avant, depuis le deuxième espace, matité qui envahit presque complètement l'espace de Traube. Diminution des vibrations à ce niveau. Pointe du cœur à deux travers de doigt du sternum. La matité déborde le sternum d'un travers de doigt du côté droit. Respiration affaiblie ; à la partie supérieure, souffle ayant plutôt le caractère tubaire. Ponction dans le 8^e espace, sur la ligne axillaire. On retire 850 grammes d'un liquide jaune-clair, séro-fibrineux. On s'arrête parce que l'enfant est pris de toux.

Le 16. — En avant, tonalité plus élevée jusqu'à la troisième côte ; à partir de la troisième côte en dedans du mamelon jusqu'à la sixième côte, véritable matité. En dehors du mamelon, cette matité se prolonge jusque dans l'aisselle au niveau des 5^e et 6^e côtes. Pointe du cœur au niveau de la cinquième côte gauche, à 5 centimètres 1/2 du sternum. Respiration très affaiblie au niveau du tiers moyen du poumon gauche en avant, un peu faible et rude sous la clavicule. Frottements dans l'aisselle gauche. En arrière, obscurité du son et de la respiration dans toute l'étendue du poumon gauche.

L'enfant sort, ayant encore des signes d'épaississement de la plèvre et d'induration du sommet des poumons.

Obs. VI (Résumée). — *Pleurésie médiastine* (VELIMIROVITCH, *loc. cit.*). — B..., 17 mois, entré salle Bouchut, le 7 juin 1892. Il y a 2 mois, fièvre et vomissements alimentaires pendant 8 jours. Depuis lors, alternatives d'amélioration et d'aggravation.

7 juin. — On trouve en avant et à gauche sous la clavicule une voussure appréciable au-dessus et au niveau du mamelon. La mensuration thoracique à ce niveau accuse une différence de 1 centimètre avec celle du côté opposé. Matité absolue sous la clavicule et au-dessous de la clavicule. La matité s'arrête au niveau de la ligne axillaire antérieure par une courbe à concavité interne. En percutant l'enfant dans la position assise on constate, immédiatement sous la clavicule, là où il exis-

tait de la matité pendant que l'enfant était dans le décubitus dorsal, une zone tympanique qui, à partir de la première côte, se confond avec la matité. En bas, l'espace de Traubé est en partie mat, et la matité s'étend jusqu'à la 6^e côte. Saillie des espaces intercostaux au niveau de la voussure. Pointe du cœur à environ un travers de doigt du bord du sternum. Absence du murmure respiratoire au niveau de la voussure. En arrière, sonorité conservée, affaiblissement de la respiration. La rate dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt.

8. — Ponction exploratrice dans la région antérieure et supérieure de la poitrine, mais sans résultat. Le 11, deuxième ponction exploratrice: petite quantité de liquide ayant l'aspect du sang.

17. — Matité moins étendue; elle n'atteint plus la région axillaire antérieure. Le souffle s'entend assez bas jusque vers la partie moyenne de la matité. Râles sous-crépitants à la périphérie de la matité, vers la ligne axillaire. En arrière, râles sous-crépitants.

23. — Râles sous-crépitants fins à la base droite. Râles sous-crépitants et frottements fins dans toute la hauteur du poumon gauche en arrière. Dans l'aisselle gauche, souffle aigu en un point assez limité avec râles sous-crépitants gros. En avant, râles sous-crépitants sous la clavicule gauche; quelques râles sous-crépitants au niveau du centre de la matité. Pointe du cœur dans le 5^e espace, à 5 travers de doigt du sternum.

Rougeole légère intercurrente.

30. — La matité a considérablement diminué, il n'existe qu'une bande mate au niveau de la 3^e côte; la zone tympanique sous la clavicule semble un peu augmentée. Cœur à sa place. En avant, quelques râles, murmure vésiculaire faible; pas de souffle. Quelques râles disséminés en arrière et à la base.

Quelques jours plus tard, l'état de l'enfant change complètement et l'existence d'une tuberculose ne peut pas être mise en doute.

Epanchement diaphragmatique. — Plus fréquemment, les adhérences fixent à la paroi thoracique la languette circonférentielle inférieure du poumon. Si la plèvre diaphragmatique s'enflamme, l'épanchement qui en résulte ne peut envahir l'espace costo-pulmonaire, il est enfermé dans une sorte de loge que lui forment le dôme diaphragmatique et la base du poumon. L'exsudat est presque toujours séro-fibrineux quand la pleurésie est rhumatismale; il est ordinairement purulent dans les autres pleurésies secondaires; et cependant, on trouve parfois un liquide franchement séro-fibrineux en cas de tuberculose pulmonaire. La quantité du liquide ainsi enkysté, le plus souvent très faible, a pu atteindre un

litre et demi. L'épanchement presse sur la partie correspondante du diaphragme qui perd sa convexité et parfois se renverse dans l'abdomen. Le muscle se laisse d'autant plus aisément abaisser que ses faisceaux sont rapidement parésiés au contact de la séreuse enflammée (1). Il entraîne souvent en bas la dernière côte du côté malade (G. de Mussy). L'hypochondre est saillant ; la paroi abdominale immobile ; le foie et la rate sont souvent abaissés. La péritonite concomitante ballonne l'estomac, d'après Peter (2). L'épanchement repousse d'autre part la partie centrale de la base du poumon et l'excave en forme d'un cône qu'on a parfois comparé à la concavité d'une cloche.

Il en est de la pleurésie diaphragmatique comme des autres variétés de pleurésies partielles ; les adhérences qui l'enkystent ne préexistent pas nécessairement à l'épanchement ; elles peuvent se développer au cours même de l'affection : « Les filets pseudo-membraneux venant à s'agglutiner aux parties opposées de la plèvre, parce que l'épanchement séreux est alors presque nul, si au bout de quelque temps, il survient une recrudescence d'inflammation, cette inflammation et l'épanchement qui en résulte se circonscrivent quelquefois dans la partie de la plèvre cernée par l'agglutination dont nous venons de parler » (Laennec (3). Guéneau de Mussy pense qu'il n'est même pas nécessaire de faire intervenir une recrudescence des phénomènes inflammatoires ; l'exsudation fibrineuse peut très aisément déterminer l'adhérence des deux feuillets de la séreuse dans cette étroite gouttière costo-diaphragmatique où s'engage la languette inférieure du poumon, la disposition de celle-ci constitue déjà une sorte de barrière aux liquides secrétés entre la base du poumon et le diaphragme.

(1) D'après Stockes, la paralysie du diaphragme à la suite de la pleurésie ne s'observerait que dans la pleurésie purulente ; elle permettrait même de distinguer l'empyème des épanchements séreux. Cependant Duchenne de Boulogne l'a observée à la suite d'un épanchement séreux.

(2) « Les parois de l'estomac se laissent distendre par l'abolition de la tonicité des couches musculaires, et c'est le résultat du voisinage d'une séreuse enflammée dont il n'est séparé que par une lame très mince » (Peter).

(3) LAENNEC, *loc. cit.*

La présence de cette lame pulmonaire masque les signes physiques de la pleurésie. Seuls, les grands épanchements, qui soulèvent le centre de la base du poumon, modifient la sonorité thoracique ; la percussion forte révèle dans ces cas une matité successivement croissante, étendue transversalement à la base du thorax. La matité ne dépasse guère le tiers inférieur de la poitrine dans les épanchements le plus abondants. Le murmure vésiculaire est faible et superficiel, souvent associé à des frottements ou à des râles sous-crépitants à la base. On entend parfois du souffle pleurétique et de l'égophonie.

La pleurésie diaphragmatique peut être méconnue et demande à être recherchée.

OBS. VII (Résumée). — *Pleurésie droite symptomatique de tuberculose ; adhérences phréno-pulmonaires ; épanchement enkysté à la base et refoulant le diaphragme* (CHATELIN. Th. doct. Paris, 1880). — Le 28 octobre 1878, entre à l'hôpital un menuisier, âgé de 54 ans, amaigri, pâle, et sous le coup d'une dyspnée vive. Depuis quelques années, oppression au moindre effort ; il tousse peu, n'a jamais craché de sang ; depuis un mois, point de côté à droite, oppression plus vive. Assis sur son lit, les veines du cou gonflées, il respire 50 fois par minute. Pouls régulier ; bruits du cœur sourds ; pas d'œdème. Signes de bronchite généralisée légère. A la base droite, matité, absence de vibrations, murmure confus. Une injection de morphine calme la dyspnée, mais dans la nuit l'angoisse respiratoire atteint son maximum, et le malade meurt.

AUTOPSIE. — La circonférence de la base du poumon droit est adhérente à la gouttière costo-diaphragmatique. Epanchement séro-fibrineux de 1 litre et demi environ, formant d'une part une lame liquide entre le poumon et la paroi ; de l'autre occupant à la base du poumon un espace plus considérable formé aux dépens de cette base refoulée en haut et du diaphragme abaissé. Le foie, de volume normal, débordé les côtes de 7 centimètres au niveau de la ligne du mamelon. Toutes les adhérences pleurales paraissent anciennes. Granulations tuberculeuses et quelques foyers caséeux dans le poumon droit ; lésions moins avancées dans le poumon gauche.

OBS. VIII (Résumée). — *Pleurésie diaphragmatique et mal de Bright*. (AUDIN, *Bull. de la Soc. anatom.*, 1887). — B..., entre le 28 octobre 1887 dans le service de M. Gombault. Soigné il y a 2 mois pour une pleurésie droite, la ponction a donné un liquide citrin. Actuellement, dyspnée considérable, léger mouvement fébrile, un peu d'œdème péri-malléolaire, maigreur excessive. Zone de matité vers la région moyenne et

médiane du dos, s'étendant en haut et à gauche au-delà de la ligne médiane et se prolongeant en bas et à droite jusqu'à la base du thorax sans dépasser la ligne axillaire, au niveau de laquelle on entend un souffle lointain et des frottements-râles. Hypertrophie cardiaque. Urines fortement albumineuses. Le 29, thoracentèse : 100 grammes de liquide citrin. Le 4 novembre, délire, coma, anurie. Mort le 9.

AUTOPSIE. — A droite, vaste poche non cloisonnée formée par la plèvre viscérale d'une part et la plèvre diaphragmatique de l'autre. Cette poche remonte en arrière jusqu'à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du bord postérieur du poumon. Dans le reste de l'étendue du poumon, symphyse pleurale complète. A gauche, fortes adhérences ; hydrothorax. Poumons œdémateux, tissu friable : quelques tubercules aux sommets.

OBS. IX. — *Phtisie pulmonaire. — Pleurésie droite avec épanchement considérable. — Pleurésie gauche enkystée*, (CHEVALIER, Th. doct. Lyon, 1882). — D... 47 ans, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 6 mai 1874, mort le 30 juillet. Début il y a 6 mois. Toux, points de côté, fièvre, hémoptysies. Durant la vie, on constate tous les signes d'un épanchement pleural à droite.

AUTOPSIE. — A gauche, on trouve une pleurésie enkystée de 1 litre et demi de liquide citrin avec dépôts fibrineux. Le lobe inférieur du poumon forme un dôme à sa partie médiane, la périphérie de ce lobe présentant une adhérence circulaire avec le diaphragme. A droite, pleurésie de 2 ou 3 litres, atélectasie du poumon à la base ; tubercules au sommet.

OBS. X (Résumée). — *Pleurésie diaphragmatique droite d'origine probablement tuberculeuse* (ROBIN, Th. doct. Paris, 1871). — L..., 50 ans, entre à l'hôpital le 14 avril 1869. Homme de forte constitution et qui s'est toujours bien porté. Cinq jours avant son admission à l'hôpital, il a été pris brusquement d'un point de côté à droite, accompagné d'une extrême oppression, mais sans fièvre, ni toux, ni expectoration. Au moment de l'examen, il est assis sur son lit, dans un état d'angoisse profonde avec dyspnée vive ; il se plaint d'étouffements continuels et d'une douleur violente dans toute la partie droite du thorax. A la base droite, sur une hauteur de deux travers de doigt, les vibrations thoraciques sont affaiblies ; il existe de la matité et un peu d'égophonie. Immédiatement au-dessus, on perçoit un bruit de frottement pleural. Toux et expectoration presque nulles. La douleur est augmentée par la pression sur le côté malade au niveau des attaches du diaphragme, ainsi que par la pression exercée de bas en haut sous les dernières côtes. La pression du cou est douloureuse sur le trajet du nerf phrénique droit. Vomissements de temps en temps. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Mort le 29 avril.

AUTOPSIE. — Quand on cherche à séparer du diaphragme la base du poumon droit, il s'écoule une quantité considérable d'un liquide limpide et légèrement rougeâtre. Il existe entre le poumon et le diaphragme une vaste poche, non traversée par des fausses membranes, répondant à toute la face supérieure de la région droite du diaphragme. Cette poche comprend le cul-de-sac pleural postérieur et remonte jusqu'à la 7^e côte : en ce point, elle est limitée par des adhérences. Latéralement, elle ne s'élève guère au-dessus des attaches du diaphragme.

Le poumon droit a subi un tassement considérable, surtout à sa partie postérieure. Tous les points de sa surface sont reliés à la paroi thoracique par de nombreuses attaches pseudo-membraneuses, remarquables par leur mollesse et leur peu d'adhérence : les parois de la poche pleurétique sont tapissées, surtout dans leur portion diaphragmatique, d'une sorte de stroma réticulé qui rappelle la disposition de certaines vessies offrant à leur surface interne des colonnes peu prononcées. Ce stroma se compose de fausses membranes molles, très comparables à celles qui tapissent le reste de la plèvre pulmonaire droite. La séreuse, au niveau de la poche décrite plus haut, ainsi que sa partie médiastine, présente de nombreuses granulations tuberculeuses. Poumon gauche très adhérent à la plèvre costale. Petits noyaux tuberculeux au sommet des deux poumons.

Quelquefois la pleurésie diaphragmatique s'accompagne d'un second épanchement en un autre point de la cavité pleurale ; ce n'est plus alors qu'un cas particulier des pleurésies cloisonnées dont nous parlerons plus loin. Les deux épanchements isolés peuvent être de nature différente ; tel est le fait rapporté par Cullingworth, où il existait en même temps qu'une poche diaphragmatique purulente une autre poche contenant de la sérosité gélatineuse ; telle aussi l'observation de Harris, où la pleurésie diaphragmatique suppurée coexistait avec un épanchement séreux de la grande cavité pleurale ; tel enfin le cas suivant rapporté par Galliard.

Obs. XI. — *Pleurésie polymorphe compliquant une angiocholite calculuse* (GALLIARD, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 24 janvier 1895, p. 53). — Le 24 octobre dernier, j'assistais à l'autopsie d'un homme de 62 ans, décédé dans le service de M. Millard, et qui offrait un bel exemple de pleurésie diaphragmatique suppurée coïncidant avec un épanchement séreux très abondant du côté droit. En ouvrant la poitrine, on vit d'abord cet épanchement séreux qui comprimait le poumon. Il fallut détacher les adhérences qui retenaient le bord du lobe inférieur pour découvrir sous ce lobe et au-dessus du diaphragme une collection purulente

évaluée à trois verres environ. La loge sus-diaphragmatique était tapissée par des fausses membranes épaisses et molles. La cavité sus-diaphragmatique communiquait avec un abcès du lobe inférieur du poumon, et cet abcès était lui-même en communication avec l'œsophage perforé. Il s'agissait d'un épithélioma de l'œsophage.

Dans un assez grand nombre de cas, l'épanchement, d'abord diaphragmatique, rompt les adhérences qui l'arrêtaient et envahit la séreuse costo-pulmonaire ; il s'y diffuse dans une étendue variable et peut simuler un vaste épanchement, bien qu'en réalité la quantité de liquide soit peu considérable.

Obs. XII (Résumée). — *Pleurésie aiguë ayant débuté par une pleurésie diaphragmatique.* (ROBIN, loc. cit.). — V..., 29 ans, entre à la Pitié le 27 avril 1871. Il y a trois jours, il a été pris d'un violent point de côté gauche, avec toux très fatigante. Assis sur son lit, le regard fixe, la face souffrante, il tient avec les deux mains la base de sa poitrine. Respiration haletante : 52. La pression à la base du thorax est très douloureuse. Pas de matité ; pas de modification du murmure vésiculaire. Le 28 : il est toujours très oppressé. Assis sur son lit, il a toujours le corps penché en avant. Le 29 : il peut rester couché ; cependant la pression à la base du thorax est toujours douloureuse, et pour respirer il soutient encore la partie inférieure de sa poitrine. Le 30 : il respire facilement. Pas de matité ; murmure vésiculaire normal, sans râles, ni égophonie. La pression est toujours douloureuse vers la région diaphragmatique. Le 2 mai, un peu de matité et absence de la respiration à la base gauche ; pas d'égophonie. Le 3 : matité assez étendue à la base de la poitrine, remontant en arrière jusque vers la 6^e côte. Absence de murmure respiratoire. Egophonie. Il est évident que, depuis 2 jours, il s'est épanché une quantité assez notable de liquide. Le 5 : l'épanchement a augmenté ; la matité est à peu près complète. Le 10 : la matité persiste, l'épanchement commence cependant à diminuer.

A partir de ce moment, il diminue peu à peu. Le malade quitte l'hôpital le 4 juin en pleine convalescence.

Une adhérence de la base du poumon à la partie postérieure peut empêcher le passage du liquide en arrière, et laisser fuser celui-ci en avant. Ce fut la cause d'une erreur de diagnostic dans un cas rapporté par Peter (1). On constatait de la matité dans le tiers inférieur de la poitrine, en même temps que les signes fonc-

(1) PETER, *Gaz. des Hôp.*, 1873.

tionnels d'une pleurésie diaphragmatique, et à la partie antérieure un souffle tubaire intense, ne ressemblant en rien au souffle pleurétique. On crut à une pleurésie diaphragmatique chez un tuberculeux. Sous l'influence de l'inflammation, il s'était formé des fausses membranes qui avaient fait adhérer complètement en arrière la base du poumon au sillon costo-diaphragmatique. Latéralement au contraire et en avant, il n'existait aucune adhérence entre le poumon et la plèvre pariétale, de sorte que le poumon refoulé avait donné lieu au souffle tubaire observé.

On peut rapprocher de ce fait le suivant, relaté par Bouilly (1).

Obs. XIII (Résumée). — D..., 56 ans. Pleurésie droite datant d'un mois environ. Le 12 avril, matité absolue dans le tiers inférieur de la poitrine, s'étendant au même niveau dans la région axillaire. Le foie débordait les fausses côtes de deux travers de doigt. Abolition complète des vibrations thoraciques. La respiration s'entend immédiatement au-dessus de la limite supérieure de la matité. Ponction avec aspiration : 2500 centimètres cubes de liquide.

19. — Matité absolue en arrière jusqu'au 7^e espace intercostal, en comptant de bas en haut, c'est-à-dire, ne dépassant pas le tiers moyen de la poitrine. Dans l'aisselle, la matité ne remonte pas plus haut que l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Immédiatement au-dessus de la ligne de matité absolue, on entend la respiration faible, mêlée de quelques frottements pleuraux. Pas de souffle ; égophonie. On croit à un épanchement moyen ; mais la dyspnée excessive indique la ponction. Celle-ci donne 3000 centimètres cubes de liquide.

4^{er} mai. — Matité jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Dans l'aisselle, elle remonte à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Le foie débordait les fausses côtes de deux travers de doigt. Aspiration : 2700 centimètres cubes de liquide.

17. — Matité absolue, en arrière seulement dans le tiers inférieur ; en avant commençant à l'espace intercostal situé immédiatement au-dessus du mamelon. Le foie, très abaissé, se sent facilement à la palpation de l'abdomen. Aspiration : 3000 centimètres cubes de liquide.

24. — Matité commençant à 4 travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, s'étendant au même niveau dans l'aisselle, commençant en avant à un travers de doigt au-dessus du mamelon. Souffle et égophonie commençant à un travers de doigt au-dessus du mamelon et à deux travers de doigt au dessous de l'angle inférieur de

(1) BOUILLY, *Arch. de méd.*, 1876.

l'omoplate, se propageant dans la région axillaire. Silence absolu au-dessous du souffle. Aspiration : 3200 centimètres cubes de liquide.

23. — Matité commençant en arrière à 4 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, en avant au niveau du mamelon. Aspiration : 2300 centimètres cubes de liquide.

1^{er} juin. — Matité commençant en arrière à 3 travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, s'étendant sur une ligne horizontale dans l'aisselle, commençant en avant à un travers de doigt au-dessous du mamelon. Silence absolu dans tous les points mats ; ni souffle, ni égophonie. Aspiration : 2200 centimètres cubes de liquide.

5. — Matité commençant en arrière à 3 travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, s'étendant au même niveau dans la ligne axillaire, commençant en avant au niveau du mamelon. Souffle et égophonie en arrière, à la limite supérieure de la matité. Aspiration : 900 centimètres cubes de liquide. Mort le 11 juin.

Autopsie. — L'épanchement pleural était situé entre la face inférieure du poumon droit qui formait une espèce de dôme, et la face supérieure du diaphragme. Le poumon flottait, pour ainsi dire, au-dessus du liquide ; et au-dessus du quart inférieur de la poitrine en arrière, il était retenu à la cage thoracique par des adhérences.

§ II. — Autres épanchements partiels.

La présence d'une ascite abondante ou d'une tumeur volumineuse subphrénique maintient parfois la coupole diaphragmatique et aide le muscle à résister à l'épanchement. Celui-ci, ne pouvant se loger à la partie inférieure de la cavité pleurale, remonte vers le cul-de-sac pleural supérieur et produit, bien qu'en médiocre quantité, les signes physiques d'une vaste collection liquide. Dans un cas de pleurésie droite survenue dans le cours de la grossesse (1), la matité s'étendait en avant jusque sous la clavicule et dépassait de plusieurs centimètres le bord gauche du sternum ; l'épanchement paraissait énorme, cependant la ponction ne donna que 2.100 grammes de liquide.

Plus fréquemment, l'obstacle à l'accumulation du liquide en bas est une symphyse phréno-costale.

Symphyse phréno-costale. — M. Jaccoud l'a étudiée avec soin.

(1) Th. de RAMEY.

BRODIER

Elle n'est d'ailleurs pas très rare. Tantôt elle est le reliquat d'une pleurésie antérieure ; tantôt elle accompagne des lésions chroniques du poumon, du cœur, du péricarde, du médiastin, des reins, une péritonite sus-ombilicale ou même une péritonite généralisée. Dans tous les cas elle élève le niveau du liquide et peut être la cause d'erreurs graves dans l'appréciation de la quantité de l'épanchement. Les fausses membranes qui la constituent peuvent avoir une épaisseur de plusieurs centimètres ; elles effacent alors totalement l'espace tympanique de Traube ; elles peuvent faire croire à la présence du liquide et « tenter » le trocart de l'opérateur (1).

Le poumon refoulé par le liquide attire le diaphragme, qui s'élève parfois jusqu'au niveau de la 5^e ou de la 4^e côte. Dans un cas cité par M. Jaccoud, le diaphragme était maintenu à la hauteur de la 6^e côte malgré l'épanchement de plus d'un litre de sérosité. Dans de telles conditions, le trocart enfoncé dans les parties déclives du thorax peut pénétrer dans la cavité abdominale.

Ces adhérences seront décelées par l'examen de la mobilité respiratoire dans la zone costo-épigastrique. On constate alors, non seulement le retrait inspiratoire et la projection expiratoire de l'épigastre et de l'hypochondre qui accompagnent toutes les inerties du diaphragme, mais à chaque inspiration une dépression active des espaces intercostaux inférieurs, à partir du sixième ou du septième, en même temps qu'une traction des côtes correspondantes vers la ligne médiane. L'expiration est signalée au contraire par une saillie épigastrique et par la projection excentrique des côtes et des espaces correspondants.

Le diaphragme n'est pas toujours adhérent par toute sa face pleurale à la face interne des côtes ; le pourtour et la partie convexe du muscle peuvent être seuls soudés, et dans ce cas les côtes inférieures restent simplement immobiles, le mouvement de traction ne porte que sur la 6^e et la 7^e côtes.

Quelquefois les membranes sont minces et fragmentées, la sym-

(1) « La ponction dans cette région silencieuse, dont le silence même pourrait être une tentation, aurait les conséquences les plus déplorables ». (Jaccoud, Séméiologie de l'espace semi-lunaire, *Clin. de la Pitié*, Paris, 1883-84).

physe phréno-costale n'est pas complète, et l'auscultation de la région sous-mammaire fait percevoir des frottements pleuraux plus ou moins nombreux qui éveillent l'attention du médecin.

D'autres fois le diaphragme n'est pas soudé aux côtes, mais simplement à la base du poumon. Parfois l'adhérence est totale ; plus souvent elle est assez limitée et n'empêche pas le liquide de s'accumuler dans la région postéro-externe du thorax. La pression du liquide sur le diaphragme est presque nulle, mais le poumon refoulé vers le médiastin tend à élever le diaphragme d'autant plus qu'il est plus refoulé, tandis que sa base fixée par son périmètre à la périphérie de la cloison musculaire ne peut fuir devant le liquide. Le diaphragme peut, dans ces conditions encore, être élevé à la hauteur de la 6^e côte. M. Jaccoud a vu ainsi deux cas de pleurésie ultime du côté droit, dont l'épanchement uni-loculaire et purement séreux remplissait à peine la moitié de la cavité pleurale ; il y avait absence totale de projection épigastrique à l'inspiration, mais les mouvements respiratoires de la région costale étaient normaux (1).

Epanchements du sommet. — Les épanchements séreux s'enkystent rarement au sommet. Laennec déclare avoir rencontré quelquefois des pleurésies circonscrites très peu étendues, et dans lesquelles l'épanchement n'était que d'une à deux cuillerées, vers le sommet d'un poumon adhérent partout ailleurs. Ziemssen cite un cas où la ponction donna 1500 grammes de liquide. Aran connaît deux exemples de cette variété d'enkystement (2).

Lorsque d'anciennes adhérences fixent la partie inférieure du poumon, l'épanchement s'accumule au-dessus d'elles et se comporte comme les épanchements de toute la cavité pleurale. Nous avons vu récemment encore un cas où une pleurésie ancienne

1) JACCOUD, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1879.

(2) « Chose singulière, dont il existe au moins deux observations dans la science, on a constaté des pleurésies enkystées occupant la partie supérieure d'un côté du thorax, descendant jusqu'à la partie moyenne de la poitrine, et refoulant fortement le poumon en bas ». (ARAN. *Gaz. des Hôp.*, 21 août 1860, p. 390).

avait fermé le sinus pleural inférieur ; l'épanchement bien que considérable, avait laissé sonore l'espace semi-lunaire de Traube.

OBS. XIV. — *Épanchement pleurétique partiel avec pseudo-membranes cartilagineuses et osseuses ; mélanose pulmonaire*, (ANDRAL, *Cin. méd.*, t. II). — Un menuisier, âgé de 68 ans, éprouve une gêne habituelle dans la respiration depuis 5 à 6 mois ; il est essoufflé dès qu'il marche. Cet état est survenu peu à peu, sans qu'aucune maladie aiguë l'ait précédé. Le malade n'a jamais ressenti aucune douleur thoracique. Entré à la Charité le 12 janvier 1822, il est faible, pâle et très maigre ; la respiration est courte, accélérée ; la parole entrecoupée, haletante ; le décubitus horizontal est impossible. La poitrine percutée ne résonne que médiocrement à droite depuis la clavicule jusqu'au sein ; dans ce même espace le bruit respiratoire est net mais faible. A gauche, le son est très mat dans les fosses sus et sous-épineuses, ainsi que latéralement et en avant, dans l'espace compris entre la clavicule et le sein ; en se rapprochant du sternum à cette même hauteur, la matité diminue. Le bruit respiratoire est nul là où le son est très mat ; on l'entend faiblement, mais sans râles, près du sternum. Dans toute cette étendue, la voix présente une résonnance qu'elle n'a point ailleurs ; on n'entend pas toutefois le véritable chevrottement qui constitue l'égophonie. Dans tous les autres points du thorax, c'est-à-dire dans l'étendue des deux lobes inférieurs, le son est clair, et le bruit d'expansion pulmonaire très intense. La toux est rare, l'expectoration peu abondante, catarrhale ; le pouls fréquent et régulier, la peau sans chaleur fébrile, les fonctions digestives intactes. (Vésicatoire sur le côté gauche du thorax).

Le lendemain, 13, signes d'inflammation gastro-intestinale, langue rouge et sèche. Mort le 22.

AUTOPSIE. — Le côté gauche du thorax, depuis la première jusqu'à la cinquième ou sixième côte, est occupé par un liquide limpide et incolore, qui a refoulé vers le médiastin le lobe supérieur du poumon de ce côté. La cavité qui contient ce liquide est limitée en bas par des fausses membranes qui s'étendent des côtes au poumon, et forment comme une cloison qui sépare en deux parties ou étages la cavité de la plèvre gauche. Le poumon est tapissé par des pseudo-membranes d'une épaisseur et d'une consistance remarquables. Leur aspect présente assez d'analogie avec celui des cartilages inter-articulaires ; en plusieurs points elles offrent des petits noyaux de substance osseuse. Le lobe inférieur du poumon gauche est sain et libre d'adhérences.

OBS. XV. — *Épanchement pleurétique partiel résorbé pendant le cours d'une fièvre intermittente* (ANDRAL, *loc. cit.*). — Un domestique, âgé de 26 ans, récemment traité à la Charité d'une diarrhée chronique, fut pris, quelque temps après sa sortie, d'une vive douleur un peu au-dessous du sein droit : en même temps, toux sèche, dyspnée, persistance

de ces symptômes les 4 ou 5 jours suivants ; puis entrée à la Charité dans le cours du mois de novembre 1822.

La poitrine percutée rendait un son très mat à droite latéralement, dans l'espace occupé en hauteur par les 3^e, 4^e et 5^e vraies côtes, et borné en avant par le mamelon, en arrière par le bord axillaire de l'omoplate. Plus bas, le son redevenait clair dans un assez court espace, puis il présentait de nouveau une matité due à la présence du foie. Dans les premiers espaces, la respiration était nulle, et la voix offrait un chevrotement très marqué : partout ailleurs le bruit respiratoire était net et fort, et la poitrine résonnait d'autant mieux que la malade était assez maigre. La douleur ne se faisait plus que très faiblement sentir ; la toux était rare, l'expectoration catarrhale ; la respiration courte ; le décubitus avait lieu sur le dos ; le pouls était fréquent ; la peau chaude. L'existence d'un épanchement pleurétique circonscrit ne parut point douteuse. (Saignée de 16 onces). Le sang se couvrit d'une couenne épaisse. Le lendemain, 26 sangsues furent appliquées sur le côté.

A la suite de cette double émission de sang, la peau perdit sa chaleur et la fréquence du pouls diminua ; la douleur de côté disparut complètement ; mais les symptômes locaux n'offrirent aucun changement. Le côté malade fut couvert d'un large vésicatoire : peu de jours après son application, le pouls perdit sa fréquence. Le vésicatoire rendait la percussion impossible ; mais l'auscultation n'annonçait aucune diminution dans l'épanchement. Le malade offrit cet état stationnaire pendant une quinzaine de jours. Alors une fièvre intermittente survint : frisson chaque jour depuis 10 heures du matin jusqu'à midi, chaleur jusqu'au soir ; sueur pendant la nuit. Le malade eut ainsi 7 accès, qu'on ne chercha point à déranger, et qui diminuèrent progressivement d'intensité. Après le troisième accès, l'épanchement avait diminué : le son était sensiblement moins mat, et le bruit respiratoire commençait à s'entendre faiblement. Après le septième accès, la matité avait complètement disparu, le bruit respiratoire s'entendait partout avec une égale intensité ; il n'y avait plus trace d'égophonie. D'ailleurs, respiration libre, apyrexie, état général excellent. Le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital.

Obs. XVI (Résumée). — *Pleurésie chronique droite hypertrophique. Troubles circulatoires secondaires.* — (LOUIS GUINON, *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1887). — G..., 89 ans, est faiblement oppressé depuis plusieurs années. A la fin de l'année dernière, la toux qu'il présentait depuis quelques mois augmente ; il éprouve même un peu de fièvre. Depuis trois semaines est apparu l'œdème des membres inférieurs.

Le malade, très amaigri, présente l'aspect d'un cardiaque asystolique. La dyspnée intense s'exaspère la nuit ; la toux, très fréquente et pénible, amène l'expectoration d'un liquide jaune clair abondant avec quelques crachats purulents. D'ailleurs, aucun point de côté. L'examen

du thorax ne dénote pas de déformation appréciable ; mais une diminution générale de la sonorité, devenant véritable matité au sommet gauche, en avant. Aux deux bases, l'observation ne mentionne que de la submatité. On perçoit un murmure respiratoire très affaibli, en avant sous les deux clavicules, avec quelques râles sous-crépitaux ; en arrière, gros râles sous-crépitaux dans les deux fosses sus-épineuses ; râles fins aux bases ; souffle léger à la base droite. M. Bucquoy porte le diagnostic de troubles cardiaques secondaires à une lésion pulmonaire bilatérale, probablement tuberculeuse.

Mort 4 jours après, avec les mêmes signes pulmonaires.

AUTOPSIE. — La plèvre gauche ne contient qu'un peu de liquide clair et quelques adhérences disséminées. Le poumon gauche offre une congestion et une pigmentation anciennes ; une induration légère du sommet, sans tubercules. La plèvre droite renferme, dans sa partie supérieure, un épanchement séreux, homogène (1 litre au plus) ; mais sa partie inférieure, le cul-de-sac costo-diaphragmatique et la gouttière costo-vertébrale sur une hauteur de 15 centimètres sont comblés par une masse fibreuse qui a pris la place du poumon sur une grande étendue. Cette production, dont le volume total peut être égal à celui des deux poings, et dont l'épaisseur atteint par places 6 centimètres, est extrêmement dure et réunit en une seule masse la plèvre, le diaphragme, le poumon, constituant ainsi une sorte de tumeur fibreuse. Elle est homogène, jaune grisâtre, formée de couches stratifiées d'épaisseur inégale, mais toutes à peu près de même consistance ; on arrive avec beaucoup de peine à en sculpter quelques fragments, car elle adhère étroitement à tout ce qui l'entoure. Le tissu en est purement fibreux, presque sans noyaux, très peu vasculaire, sans tubercules. Poumon droit atelectasié, réduit à une masse indurée, ardoisée, sans tubercules.

Obs. XVII. — *Pleurésie gauche enkystée.* — Autopsie (MOUISSET, Th. doct. Lyon, 1877). — B..., 48 ans, entre à l'hôpital le 17 septembre 1887. Dyspnée très vive. Œdème des membres inférieurs et du scrotum. Matité à droite, au sommet et sous la clavicule ; partout ailleurs, sonorité exagérée. Murmure vésiculaire très faible aux sommets ; ailleurs, inspiration humée, accompagnée de râles humides très nombreux. Expiration piaulante prolongée. Dans l'aisselle droite, souffle tubo-creux et gargouillement. Bruits du cœur très sourds ; bruit de galop droit très net. Foie abaissé.

Diagnostic : phtisie fibreuse droite. Emphysème pulmonaire. Asystolie d'origine pulmonaire.

3 octobre. — A droite : persistance des signes indiqués précédemment. A gauche : matité complète, mais la respiration s'entend partout ; pas de souffle, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone. Diminution des vibrations thoraciques, que l'on perçoit encore. Sen-

sation de flot très nette. La thoracentèse donne issue à un litre de liquide citrin.

5. — Dyspnée très vive, cyanose de la face, refroidissement des extrémités, coma, mort.

AUTOPSIE. — Poumon droit : sommet très adhérent et transformé en une masse fibreuse dure, compacte, nettement séparée du tissu pulmonaire voisin, et creusée de petites cavernes dont les plus volumineuses sont de la grosseur d'une noisette. Les trois quarts inférieurs sont le siège d'un œdème, se traduisant par l'issue d'une grande quantité de liquide spumeux à la surface de la coupe du parenchyme. Poumon gauche : du sommet à la base, œdème pulmonaire ; la congestion domine dans le lobe inférieur.

Plèvre gauche : la partie postéro-externe constitue une poche unique bien circonscrite renfermant environ un litre de liquide. Autour de cette poche, les deux feuillets de la plèvre, intimement unis, fixent le poumon qui est très adhérent à la paroi, au niveau du sinus costo-diaphragmatique et à la face convexe du diaphragme.

Obs. XVIII. — (PIORRY, *Lancette française*, t. I, n° 57). — Salle Saint-Antoine, n° 20. Une femme âgée de près de 60 ans était entrée dans l'infirmerie avec tous les symptômes d'une affection du cœur, caractérisée par une dyspnée extrême, des palpitations, une infiltration des extrémités inférieures, et le facies qui accompagne généralement les grandes gênes de la respiration. Cette femme avait beaucoup de graisse sous la peau, et était un mauvais sujet pour la percussion. Cependant voici ce qu'on observa le premier jour de son entrée : le côté droit de la poitrine donne un son mat aux parties postérieures et inférieures, son clair au sommet du poumon, absence du bruit respiratoire dans les points où existe la matité. Les diverses positions qu'on imprime à la malade ne font pas varier le siège de la matité ; il n'y a pas d'égophonie. Le foie déborde le rebord des côtes.

Quoique les signes propres de l'hydrothorax n'existassent pas, M. Piorry présuma qu'il y avait un épanchement. Cependant les jours suivants la respiration se fit entendre là où elle était nulle quelque temps auparavant ; et ce nouveau phénomène ne contribua pas peu à augmenter le doute dans lequel on se trouvait déjà. L'état de la malade ne fit qu'empirer, et bientôt elle mourut.

A l'examen du cadavre, on trouva le cœur volumineux, comme on l'avait annoncé, et la cavité droite du thorax contenait une sérosité limpide, et en grande quantité. Des adhérences existaient au sommet du poumon, et ce sont elles qui, en retenant le poumon contre le thorax, se sont opposées à ce que le liquide changeât de place dans les diverses positions qu'on donnait à la malade.

Une lésion du poumon l'empêchant de fuir sous la pression du liquide peut localiser ce dernier ; c'est ainsi qu'une hépatisation

totale du lobe inférieur réparti nécessairement l'épanchement dans la région supérieure du thorax. Une lésion analogue du lobe supérieur l'enferme à la base de la poitrine. La congestion pulmonaire, qui alourdit le poumon et le fait tomber au fond du liquide, repousse et maintient l'épanchement à la partie supérieure ; nous reviendrons sur ce fait du plus haut intérêt.

Parfois, dans les pleurésies dites sous-mammaires par M. Jaccoud, un épanchement médiocre se trouve isolé à la partie antérieure ou antéro-latérale et occupe l'espace de Traube, dont la sonorité normale fait place à la matité du liquide.

Quand la partie latérale externe du poumon est elle-même adhérente en même temps que sa base, l'exsudat ne peut passer en avant ; il s'accumule en arrière et s'y élève assez haut pour atteindre la partie postérieure de la scissure interlobaire, et la pleurésie devient interlobaire. Si sa quantité augmente, il peut passer à travers la scissure convertie en canal par les adhérences, et venir former une seconde poche liquide à la partie antérieure ; c'est ce que nous verrons à propos de la pleurésie biloculaire.

Exceptionnellement enfin, les adhérences peuvent maintenir l'épanchement suspendu à la partie moyenne du thorax. « C'est peut-être la disposition la plus rare parmi toutes celles que peut présenter le liquide pleurétique » (Jaccoud). Tantôt la loge est complètement fermée ; tantôt les adhérences qui maintiennent le lobe inférieur du poumon près de la paroi thoracique, bien qu'assez solides pour résister à la pression de l'épanchement, sont partielles et espacées les unes des autres ; dans ces conditions, le liquide peut pénétrer en petite quantité entre le poumon et la paroi de sorte que l'épanchement accumulé au tiers moyen de la poitrine envoie entre le lobe inférieur et la paroi un prolongement lamelliforme coupé par des adhérences : « Une pareille disposition de l'épanchement pleurétique peut être passagère ; si la quantité de liquide va toujours en augmentant, la pression et le tiraillement sur les adhérences seront toujours plus forts, et il peut très bien arriver que les brides finissent par se rompre ; auquel cas le liquide prendra aussitôt sa position régulière, il tombera et s'ac-

cumulera dans la région inférieure devenue libre par la disparition des liens qui retenaient le poumon au voisinage de la paroi » (Jaccoud). D'autres fois, si l'épanchement est très abondant et si les adhérences sont très solides, le liquide trouve un canal d'échappement dans la scissure interlobaire et vient former un second foyer au-delà de celle-ci, constituant de la sorte une curieuse variété de pleurésie biloculaire.

§ III. — Epanchements multiloculaires.

Dans un certain nombre de cas, des cloisons pseudo-membraneuses divisent la grande cavité pleurale en compartiments où l'épanchement se collecte. Les loges peuvent être indépendantes les unes des autres ou communiquer entre elles. Parfois la disposition biloculaire est due à une affection concomitante du poumon : « A droite, une pneumonie limitée au lobe moyen a pour effet un épanchement biloculaire, si l'hépatisation a solidifié tout le lobe » (Jaccoud) (1). Plus souvent, la pleurésie multiloculaire se rencontre chez des sujets antérieurement atteints de pleurésie sèche et adhésive, l'interrogatoire du malade révèle ordinairement cette affection thoracique précédente, quelquefois l'inflammation première de la plèvre ne s'est manifestée que par une douleur de côté et est demeurée méconnue.

Les cloisons peu nombreuses affectent une direction horizontale et siègent de préférence au niveau des 3^e et 4^e côtes ; d'autres fois, elles sont plus ou moins parallèles à l'axe du corps. De ces cloisons principales peuvent partir des travées de deuxième et de troisième ordre dont la disposition échappe à toute description. L'épanchement, limité par ces cloisons distendues, a rarement l'abondance qu'il acquiert dans la pleurésie uniloculaire ; le poumon ne peut plus être refoulé en masse et ne subit que des compressions partielles au niveau desquelles le thorax présente souvent des voussures circonscrites.

(1) *Path. Int.*, t. II.

On conçoit l'importance du diagnostic de ces cloisonnements pleuraux au point de vue de l'intervention opératoire. Longtemps il fut considéré, sur la foi de Wintrich, comme l'affaire de la nécroscopie » (1), ou du moins il n'était que la conséquence tardive de thoracentèses successives, comme dans les cas suivants :

OBS. XIX (Résumée). (CHAFFEY, Th. doct. Paris, 1874). — X..., 20 ans, malade depuis 15 jours, entre à la Charité au mois de décembre 1872. On constate un épanchement considérable dans le côté gauche de la poitrine. La matité remonte en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, en avant jusqu'au troisième espace intercostal. Le déplacement considérable du cœur, la gêne notable de la respiration indiquent la thoracentèse. Celle-ci, faite au lieu d'élection, ne donne que 7 à 800 grammes de sérosité. Aussitôt après la ponction, le murmure vésiculaire reparait dans toute la hauteur du poumon en arrière, mais en avant la matité n'a pas diminué, le cœur est presque aussi déplacé qu'avant l'opération. On conclut à la présence de deux poches. En effet, une seconde ponction pratiquée en avant quelques jours plus tard donne lieu à l'écoulement de 2 litres de liquide. Un mois plus tard, l'épanchement se reproduit dans les mêmes conditions, et il faut encore avoir recours à deux opérations successives pour en débarrasser le malade.

OBS. XX (MOUTARD-MARTIN, *Séance de l'Académie de médecine*, 3 juin 1879). — Jeune homme, 20 ans, traité 3 mois pour une pleurésie. On constate un vaste épanchement : matité absolue dans toute la poitrine, silence complet dans tous les points accessibles à l'oreille, absence de vibrations vocales, déplacement du cœur refoulé jusqu'à droite du sternum, saillie sous-claviculaire énorme. On retire immédiatement, par la thoracentèse faite à la partie postérieure, 700 grammes de liquide, 4 ponctions sont faites dans les mêmes conditions à la partie postérieure. Le thorax s'affaissa d'une manière fort appréciable ; quelques vibrations vocales commençaient à se faire sentir, et cependant la saillie antérieure persistait avec la même matité absolue et le même silence respiratoire. Une nouvelle thoracentèse, pratiquée en avant dans le troisième espace intercostal, donna issue à 1 litre de liquide séreux. Le malade guérit, mais le cœur ne reprit pas sa position normale.

On a insisté sur la diffusion de la douleur due au tiraillement des adhérences par l'épanchement. La conservation des vibrations

(1) « Ob eine Pleuritis unilocular, bilocular, oder multilocular sei, ist Sache der Nekroskopie. Am Lebenden lässt sich dies nicht sicher, überhaupt nicht diagnosticiren » (WINTRICH, *Pleuropathien. Virchow Handbuch der spec. Path. u. Therap.* Bd. V. 1854).

thoraciques est d'une plus grande importance ; la recherche en sera faite d'une façon plus précise par la palpation linéaire, pratiquée avec le bord cubital de la main.

Dans une communication célèbre faite à ce sujet devant l'Académie de médecine (séance du 22 avril 1879), M. Jaccoud s'est efforcé de tracer les caractères cliniques des pleurésies multiloculaires. Il en reconnaît deux types parfaitement distincts.

Dans un premier type, les signes observés sont ceux d'un épanchement total ; mais les vibrations vocales, abolies dans tous les autres points, sont conservées suivant une zone étendue de la colonne vertébrale vers le sternum par un trajet plus ou moins régulièrement circulaire. L'existence de cette zone vibrante indique une bandelette d'adhérence costo-pulmonaire tendue par l'épanchement qu'elle divise en deux loges. L'observation suivante sert d'appui à cette assertion.

Obs. XXI. — *Pleurésie biloculaire à épanchements différents* (JACCOUD). — Jeune homme, 19 ans, atteint de vaste épanchement gauche avec dislocation du cœur et du diaphragme. Persistance des vibrations thoraciques suivant une bandelette demi-circulaire étendue de la colonne vertébrale vers le sternum. Une ponction pratiquée dans le 8^e espace, immédiatement en arrière de la ligne axillaire postérieure, donne issue à un peu plus d'un litre de sérosité limpide. Tandis que dans toute la région inférieure le poumon redevient perméable, les phénomènes persistent au-dessus de la 5^e côte tant en avant que sur le côté et en arrière ; l'autre épanchement demeure suspendu à la partie supérieure du thorax. Le lendemain, une deuxième ponction dans le 3^e espace intercostal retire 600 grammes de liquide purulent. Mort, 5 jours après, par thrombose cardiaque.

AUTOPSIE. — Bande d'adhérence courte et solide qui, partant du 5^e espace intercostal en arrière, divisait par un trajet oblique en bas et en avant, la cavité pleurale en deux loges sans communication. Au-dessus et au-dessous de cette bande, la surface du poumon et de la paroi était recouverte d'exsudats membraniformes ; mais pas d'autre adhérence costale. Les loges étaient partiellement remplies ; l'inférieure, qui avait donné à la ponction une sérosité limpide, contenait alors du pus comme la supérieure.

La même répartition de l'épanchement se retrouve dans les observations suivantes.

Obs. XXII. — *Pleurésie biloculaire à épanchements différents* (CONCATO, *Rivista clinica di Bologna*, avril 1880, p. 99). — B. . 30 ans, blanchisseuse, entre à la clinique le 7 avril 1870. Elle avait de la fièvre (38°6). Pouls 111, très petit. Respiration 42, superficielle. Toux très fréquente, inappétence, nausées, éructations, soif, diarrhée. Elle tousse et respire difficilement depuis le mois de janvier.

Examen du thorax. On constate l'ampliation et l'immobilité du côté droit. Douleur à la pression le long du rebord costal droit. Dans la région sous-claviculaire, on a de la matité et une diminution des vibrations thoraciques ; le murmure respiratoire est à peine perçu. Au-dessous, on constate de la submatité jusqu'à la 7^e côte ; puis de nouveau de la matité jusqu'à 3 doigts au-dessous. Mêmes signes en arrière qu'en avant. Œdème assez notable de toute la région dorso-lombaire. Pointe du cœur dans le 5^e espace intercostal.

Mort presque subite 48 heures après l'entrée à la clinique.

AUTOPSIE. — La cavité pleurale présente 2 compartiments : l'un supérieur, étendu du sommet au 3^e interstice costal ; l'autre inférieur, compris depuis le 4^e interstice jusqu'au rebord costal. Ces loges étaient séparées par une cloison membraneuse, étendue de la colonne vertébrale à la ligne parasternale droite. Cette cloison s'insérait d'une part au bord supérieur de la 4^e côte, et de l'autre à la partie correspondante du poumon ; elle ne présentait aucune interruption, de sorte que les 2 compartiments ne communiquaient point l'un avec l'autre. Elle était large d'environ 2 centimètres, et formait une sorte de voûte dont la convexité regardait en haut et la concavité en bas. La première de ces cavités était remplie d'un liquide séreux très limpide ; la seconde contenait une matière fétide, formée par 400 centimètres cubes de liquide trouble et d'une couche de pus déposée sur le diaphragme ; la plèvre de cette cavité n'était plus reconnaissable. Le poumon était atélectasié.

Obs. XXIII. — *Pleurésie biloculaire à épanchements différents* (PETRONE *Lo Sperimentale*, mars 1881). — S. M..., 28 ans, se présente à mon observation le 7 novembre. Fièvre (38°5). Pouls petit, 107. Respiration courte et superficielle, 39. Pommettes roses. Toux intense, qui provoque de la douleur au niveau du rebord costal gauche.

Bonne santé antérieure. Au commencement d'octobre, il a commencé de ressentir dans la région mammaire gauche un point douloureux augmenté par les quintes de toux et par les fortes inspirations. Bientôt la toux et la fièvre s'accrurent. Expectoration catarrhale peu abondante. Toux sèche et pénible. Fièvre quotidienne avec rémission peu accentuée.

Examen du thorax. — La région thoracique gauche est plus volumineuse que la droite, et presque immobile. Les espaces intercostaux sont légèrement saillants. La palpation, même légère, provoque de la douleur dans presque tout le côté gauche du thorax. Les vibrations

sont presque absentes, sauf dans une zone circulaire vertébro-sternale, sur une hauteur de 5 doigts, laquelle répond à la région des 3^e, 4^e, 5^e et 6^e côtes gauches. Au-dessus, et dans la région sous-claviculaire, la percussion donne de la submatité ; elle donne de la matité au niveau des 3^e, 4^e et 5^e côtes ; la submatité reparaît au niveau de la 6^e côte ; et au-dessous, la matité s'étend jusqu'en bas. Le murmure vésiculaire est affaibli en haut, dans les régions sus et sous-claviculaires. Souffle bronchique au niveau des régions mates. A partir de la 6^e côte jusqu'en bas, abolition de la respiration. Bronchophonie à peine perceptible en haut et à gauche dans la zone submate, très nette au niveau de la zone de matité ; elle s'affaiblit progressivement à partir de la 7^e côte et s'éteint à la partie inférieure.

A la partie postérieure du côté gauche, les modifications de la sonorité sont disposées comme à la partie antérieure. Le souffle bronchique se perçoit jusqu'en bas : faible en haut, fort à la partie moyenne, peu net en bas.

Le cœur est un peu déplacé ; sa pointe est invisible, on la sent un peu à droite, entre la ligne axillaire antérieure gauche et la ligne parasternale du même côté. Du côté droit du thorax, la sonorité est un peu exagérée, le murmure vésiculaire est fort ; on entend quelques râles. Mort le 15 novembre.

NÉCROSCOPIE. — La cavité pleurale gauche offre deux loges : une supérieure, comprise entre le sommet et la 4^e côte ; l'autre inférieure, entre celle-ci et le rebord costal. La cavité est ainsi divisée par une cloison fibro-membraneuse qui part de la colonne vertébrale et s'attache sur tout son trajet au corps de la 4^e côte et au poumon, pour finir sur la ligne parasternale. La cloison est complète et ne laisse nullement communiquer les deux loges. Elle est large de 3 centimètres, assez épaisse, et disposée en forme de voûte à concavité inférieure. La loge supérieure contient un liquide séreux mélangé de flocons de fibrine ; la plèvre y est légèrement altérée, injectée et recouverte çà et là de coagulums fibrineux. La loge inférieure contient un exsudat fibrino-purulent, fétide ; la plèvre y est altérée et recouverte, spécialement au niveau de son cul-de-sac, de stratus de pus et de gelée fibrineuse. Le poumon gauche est atelectasié, surtout dans son tiers inférieur.

OBS. XXIV. — *Pleurésie biloculaire à épanchements différents* (VALENTINER, *Berlin. klin. Woch.*, 3 sept. 1877, n^o 36, p. 527). — Ouvrier romain, 20 ans, atteint de bronchite depuis longtemps, présente depuis 14 jours un exsudat pleurétique droit avec fièvre modérée. D'après les signes d'auscultation, le professeur Baccelli conclut à la présence probable de deux épanchements séparés par des adhérences : l'un antérieur et de quantité moyenne, situé à la partie supérieure de la région axillaire ; l'autre riche en fibrine ou en globules, situé à la partie pos-

téro-inférieure de la cavité pleurale. Pectoriloquie aphone distincte au niveau de l'épanchement antérieur, remarquablement faible au niveau de l'épanchement postéro-inférieur. Deux ponctions exploratrices : la première, à 2 centimètres en dehors du mamelon droit, donne un liquide très clair, limpide ; la seconde, en bas et en arrière, entre la 8^e et la 9^e côte, donne un pus épais et crémeux.

OBS. XXV (Résumée). — *Pleurésie cloisonnée biloculaire chez un sujet lymphatique.* — *Guérison* (GOUTIERRE-CACHERA, th. doct., 1884). — B..., 30 ans, entre le 25 novembre 1883 à l'hôpital Lariboisière. Il n'a jamais eu de maladie grave et ne s'est jamais plaint que de quelques douleurs rhumatismales. Malade depuis un mois et demi ; il a eu d'abord quelques frissons, de la fièvre, plusieurs points de côté au niveau des dernières côtes gauches. Depuis cette époque, il accuse des douleurs articulaires plus vives qu'auparavant, il a une toux sèche et quinteuse, il est essoufflé à la moindre fatigue et respire moins librement.

A son entrée, il a encore quelques douleurs articulaires ; il tousse et expectore des crachats spumeux. Il se plaint surtout de ses points de côté qui siègent à la partie inférieure du thorax et se font sentir jusque dans l'aisselle gauche. A l'examen de la poitrine, on constate à gauche et en arrière, de la matité au sommet jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate, et à la base. Les vibrations thoraciques sont complètement abolies au sommet jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate, très affaiblies à la base jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Il existe une zone intermédiaire, large de trois travers de doigt environ, dans laquelle la matité est moins prononcée, les vibrations sont conservées ou même exagérées. On perçoit dans les deux tiers inférieurs, un souffle doux, un peu aigre, surtout expiratoire, et de l'égophonie ; on entend au sommet un souffle plus rude, tubaire, aux deux temps, et de la bronchophonie. En avant, les vibrations sont conservées, sauf au niveau du tiers externe de la région sous-claviculaire. Il existe du frottement dans toute la partie moyenne. Le cœur n'est pas déplacé. M. Duguet diagnostique une pleurésie cloisonnée.

29 novembre. — Au sommet, absence de vibrations, matité complète, souffle tubaire aux deux temps, bronchophonie. A la partie moyenne, zone horizontale de submatité où les vibrations sont conservées, souffle de propagation. A la base, matité moins complète qu'au sommet, vibrations presque abolies, souffle doux, égophonie. En avant, le frottement pleural persiste.

9 décembre. — Au sommet, matité beaucoup moindre, les vibrations reparaissent, le souffle persiste. A la base, vibrations plus nettes, on entend la respiration lointaine, le souffle diminue.

En avant, le frottement persiste.

15. — Au sommet, les vibrations se perçoivent plus nettement de

jour en jour, elles ne sont pas encore égales à celles du côté opposé ; le souffle persiste. A la base, les vibrations sont presque normales, le souffle tend à disparaître. Il existe toujours des frottements à la partie antérieure.

A dater de cette époque, les signes physiques disparaissent lentement. Il se produit en arrière au niveau de la loge inférieure de l'épanchement une rétraction considérable de la paroi thoracique.

Obs. XXVI (Résumée). — *Persistance insolite des vibrations thoraciques dans un cas d'épanchement pleurétique, par suite d'adhérences anciennes* (LÉPINE et BALZER, *Gaz. méd. de Paris*, 1877). — L., 57 ans, terrassier, entré à l'hôpital en décembre 1876 pour une diarrhée chronique, est pris le 25 décembre d'un frisson peu intense. Les jours suivants, il a un peu de fièvre, touse et perd l'appétit.

3 janvier 1877. — On constate l'état suivant : angle des côtes plus saillant à droite qu'à gauche ; sonorité normale à gauche, conservée à droite le long du rachis dans plus de la moitié de la hauteur de la poitrine ; plus en dehors, matité à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à la base du thorax. Dans la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse, les vibrations thoraciques sont considérablement exagérées ; plus bas, elles sont au contraire diminuées ; elles cessent tout à fait d'être perceptibles à la partie inférieure de cette fosse. Son tympanique dans la fosse sus-épineuse droite. Pectoriloquie aphone dans toute l'étendue de la poitrine, surtout en dehors. En avant et à droite, matité complète jusque sous la clavicule, vibrations thoraciques à peu près abolies.

12. — La matité a gagné au dedans de l'omoplate et le long de la colonne vertébrale. Même augmentation des vibrations au niveau de l'épine de l'omoplate.

Du 15 au 18, l'épanchement diminue.

19. — Même exagération des vibrations au niveau de l'épine de l'omoplate. En avant, quand le malade est assis, matité jusqu'au sommet ; quand il est couché, sonorité dans le 2^e espace intercostal. Mort le 22.

AUTOPSIE. — Plèvre droite remplie par un épanchement de près de 2 litres d'un liquide très légèrement sanguinolent. En avant, plèvres pariétale et viscérale tapissées par des néomembranes jaunâtres. Poumon refoulé par l'épanchement à la partie supérieure et médiane de la cavité thoracique ; il est adhérent en arrière, dans une étendue de quelques centimètres carrés, à la plèvre pariétale à l'endroit qui correspond à l'épine de l'omoplate. Les deux feuillets de la plèvre sont tellement épaissis et adhérents, dans l'espace d'environ deux travers de doigt, qu'il est impossible de les rompre, et que le poumon, dans l'effort que l'on fait pour l'arracher, entraîne avec lui presque toute la plèvre costale. Le poumon est réduit à environ la moitié de son volu-

me. On trouve au sommet des deux poumons 2 noyaux de pneumonie caséuse du volume d'un pois.

Dans un second type, l'épanchement se caractérise par une matité absolue, sans élasticité, « matité de pierre », dans toute la région sus-diaphragmatique, par du souffle bronchique éclatant et une bronchophonie forte dans cette même étendue, par le déplacement des organes voisins, et l'absence de tympanisme sous-claviculaire. Ce qui caractérise ce type et le différencie des épanchements complets uniloculaires à matité absolue et à souffle bronchique généralisé, c'est la conservation des vibrations plus ou moins affaiblies dans toute l'étendue de la poitrine, sauf parfois dans une zone d'un à deux travers de doigt à la partie inférieure du thorax en arrière. Les vibrations persistantes tiennent aux cloisons multiples qui traversent l'épanchement. Le degré et l'étendue de la matité s'expliquent alors par l'abondance et la généralisation de l'épanchement ; celui-ci tend à refouler le poumon dont il supprime le bruit vésiculaire, mais en même temps il distend les adhérences. Ces adhérences, ainsi rendues rigides, forment à travers le liquide comme autant de ponts par où les vibrations vocales peuvent cheminer jusqu'à la paroi ; mais à leur point d'arrivée, celles-ci se propagent à une certaine distance de l'attache de la bride conductrice, et comme ces brides sont nombreuses, le frémissement vocal est transmis en bloc, quoique plus ou moins affaibli, dans toute l'étendue de la matité. Le nombre et l'étendue des adhérences empêchent le refoulement du poumon jusqu'au contact de la paroi thoracique antérieure et expliquent l'absence de tympanisme sous-claviculaire.

M. Jaccoud a rapporté 4 observations ; mais, comme le fait remarquer M. Raynaud, il n'y a qu'une autopsie, et cette autopsie n'a pas absolument confirmé le diagnostic :

Obs. XXVII (Jaccoud). — Femme, 36 ans, affectée de cachexie dysentérique profonde et d'épanchement droit. Signes notés plus haut. Notable abaissement du foie.

AUTOPSIE. — Revêtement membraneux du poumon et de la paroi costale ; cloison transversale divisant la cavité pleurale en 2 loges sans

communication. La cavité de chacune de ces loges est traversée par un certain nombre de brides, de plusieurs centimètres de longueur, qui s'étendent du poumon à la paroi sans diviser la loge en cavités indépendantes.

OBS. XXVIII (JACCoud). — Dans un second cas, qui a trait à un épanchement gauche chez un homme de 40 ans, il a fallu ponctionner successivement 3 loges isolées : l'une postéro-supérieure, l'autre postéro-inférieure, la troisième antéro-latérale ou plus précisément sous-mamelonnaire. L'autopsie, faite 3 mois et demi après les premières ponctions, n'a révélé sur la plèvre que des mamelons rugueux et saillants, considérés par l'auteur comme des vestiges de cloisons et de brides détruits par la suppuration consécutive aux ponctions.

Enfin, dans deux autres cas d'épanchement gauche chez des hommes de 20 à 30 ans, la guérison eut lieu sans ponction.

M. Laboulbène (1) avait déjà insisté sur la valeur de la conservation des vibrations thoraciques dans les pleurésies multiloculaires ou cloisonnées : « Ici les vibrations sont plus précieuses que les autres signes ; la percussion vous ferait croire à un vaste épanchement, l'auscultation pourrait vous donner des bruits cavitaires ; vous saurez, par l'existence des vibrations sur certains points, leur absence sur d'autres, que vous avez affaire à une pleurésie aréolaire ».

Dans la discussion provoquée à l'Académie par la communication de M. Jaccoud, la plupart des orateurs ont contesté la possibilité d'un diagnostic clinique des pleurésies cloisonnées. Maurice Raynaud déclare que les 5 observations rapportées ne sont pas probantes : « C'est une grande ambition de la part de M. Jaccoud de vouloir tirer des conclusions définitives d'un type aussi fugace, aussi fugitif, aussi variable que la conservation, l'augmentation ou la diminution des vibrations thoraciques ». Woillez n'accepte que les pleurésies multiloculaires du premier type. Lereboullet met également en doute celles du second type. Concato pense que la description qu'en a donnée M. Jaccoud n'est pas aussi heureuse que celle du premier type. Petrone accepte complètement le premier type de pleurésie biloculaire, « lequel, démontré par la cli-

(1) *France médicale*, 1878, p. 721.

nique, fait le plus grand honneur à la docte et sympathique médecine française (1) ».

On ne peut évidemment contester l'exactitude des faits observés par l'éminent clinicien. Si les adhérences minces s'étirent sous l'influence de la pression du liquide épanché en minces lamelles incapables de transmettre les vibrations vocales, il n'en est pas de même des adhérences anciennes et épaisses. Peut-être la pneumonie chronique corticale décrite par M. Brouardel favorise-t-elle aussi la transmission des vibrations dans ces conditions. M. Potain s'est aujourd'hui complètement rallié à l'opinion de M. Jaccoud. On devra donc se familiariser avec cette exploration, qui demande une grande délicatesse de tact. L'embonpoint du sujet, l'épaisseur des parties molles, la gracilité de la voix sont autant de conditions qui, chez la femme surtout, augmentent les difficultés du diagnostic.

OBS. XXIX (Résumée). — LEGROUX (Note sur un cas de mort subite après la thoracentèse, *Soc. méd. des hôp.*, 1875). — Un homme, âgé de 52 ans, se fait une contusion du côté gauche de la poitrine. Un mois après, il est pris d'un frisson violent, avec point de côté et toux très douloureuse. On constate une pleurésie gauche. Malgré les révulsifs l'épanchement augmente et, après un mois, les symptômes observés sont les suivants : ampliation totale du côté, voussure sous-claviculaire considérable, effacement des espaces intercostaux, matité absolue de haut en bas, en avant et en arrière ; cependant persistance des vibrations thoraciques en arrière et sur la partie latérale, souffle intense au niveau du hile du poumon, absence de la respiration dans le reste de la poitrine, égophonie très accentuée, cœur refoulé de plus de 5 centimètres, sa pointe bat au niveau du bord gauche du sternum. Le malade est presque toujours assis sur son lit et ne peut se coucher que quelques instants sur le côté gauche. Dyspnée intense, face pâle, mains un peu cyanosées. La thoracentèse, faite dans le 7^e espace intercostal, sur la ligne axillaire, donne 2 litres de liquide citrin. Trois quarts d'heure après, le malade meurt brusquement.

AUTOPSIE. — La plèvre, couverte de fausses membranes peu résistantes, contient encore 2 litres de sérosité. Le poumon, dont la masse est saine, est rétracté vers la colonne vertébrale et a le volume du poing ; mais il adhère aux 5^e, 6^e et 7^e côtes par deux longues languettes, deux sortes de stalactites qui partent de l'angle antérieur et inférieur de

(1) PETRONE, *Lo Sperimentale*, mars 1881, p. 327.

chaque côté. Cette adhérence est si intime que le bistouri seul peut les séparer. Ces languettes existaient au niveau de trois fractures déjà anciennes.

Obs. XXX (Résumée). — *Lymphadénome de la rate étendu au diaphragme, à la plèvre et aux poumons. Pleurésie cloisonnée* (DUGUET, *Bull. Soc. anat.*, 1879). — D..., 33 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 7 août 1879. A 22 ans, il a eu une pneumonie gauche. Depuis 2 mois, douleur dans le côté gauche du thorax, dyspnée. Le 28 août, on constate un léger épanchement à gauche et en arrière; la matité remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate, les vibrations thoraciques sont presque entièrement abolies en arrière et sous l'aisselle, souffle doux dans l'expiration avec égophonie et pectoriloquie aphone, la respiration s'entend à peu près pure en haut et en arrière comme en avant, pas de déplacement du cœur.

1^{er} septembre. — Le liquide semble un peu augmenté. Une ponction dans le 6^e espace, sur la ligne du mamelon, donne issue à 250 grammes de liquide rougeâtre. Tous les signes objectifs persistent.

12. — Une nouvelle ponction dans le 7^e espace, au niveau du bord postérieur de l'aisselle, ne retire que 80 grammes de liquide semblable au précédent. Le 13 : frottements perçus sous l'aisselle, la matité persiste à ce niveau; rate très augmentée de volume.

24 octobre. — Troisième ponction dans le 7^e espace, sous l'aisselle; on tire 1 litre de liquide séro-citrin, clair, contenant à peine quelques globules rouges et blancs. Les jours suivants, tandis que dans la région antérieure la respiration est perceptible, elle reste absente sur le côté et en arrière. M. Duguet pense que la pleurésie est cloisonnée.

29. — Ponction en arrière dans le 6^e espace, immédiatement en dehors de l'angle de l'omoplate; on retire 900 grammes d'un liquide citrin un peu foncé, mais non sanguinolent. La respiration se fait entendre alors en arrière comme en avant, le souffle disparaît. Mort le 2 décembre.

AUTOPSIE. — Des fausses membranes épaisses, d'aspect fibrineux, forment des cloisons irrégulières encore imprégnées d'une grande quantité de sérosité, et paraissent circonscrire 4 ou 5 grandes loges. Ces fausses membranes, dont quelques-unes semblent très vasculaires, augmentent d'épaisseur vers la base; là, elles ont une épaisseur de plus d'un travers de doigt, et leur coupe est absolument lardacée. Le poumon gauche, retenu au sommet par de faibles adhérences et en arrière par des lamelles fibrineuses, est refoulé et ratatiné par le lymphadénome de la rate qui, propagé au diaphragme, a envahi la cavité thoracique gauche.

Obs. XXXI (Résumée). — *Pleurésie droite; mort* (COLIN, th. doct. Nancy, 1881). — M..., 71 ans, entré à l'infirmerie pour une diarrhée séreuse, le 7 novembre 1880. En avant, sonorité thoracique normale.

En arrière et à droite, matité au-dessous de la fosse sous-épineuse ; vibrations vocales amoindries ; diminution du murmure vésiculaire ; un peu de bronchophonie. Ronchus sibilants disséminés dans la poitrine. — Le 24 novembre ; râles sous-crépitaux et bruit de souffle au niveau du lobe inférieur du poumon droit. — Le 3 décembre ; en avant, sonorité normale et quelques ronchus ; en arrière et à droite, matité, râles sonores et frottement pleural, inspiration rude, expiration prolongée ; à gauche, râles ronflants, sibilants et muqueux. — Mort le 6 janvier.

AUTOPSIE. — Poumon droit complètement adhérent dans toute son étendue. A la base et en arrière, on trouve une poche kystique renfermant 600 grammes de liquide citrin, dans lequel nagent des flocons de fibrine. Cette poche présente quelques cloisonnements constitués par des adhérences récentes. Il existe en avant deux autres poches plus petites, de la grosseur d'un œuf. Le tissu pulmonaire, hépatisé à la partie inférieure, est carnifié dans le reste de son étendue. A gauche, la cavité pleurale est comblée par des fausses membranes épaissies de 3 à 4 millimètres, et le tissu pulmonaire est carnifié.

Obs. XXXII (Résumée). — *Pleurésie enkystée ; bronchite capillaire* (TRONCHET, *Soc. anat. de Bordeaux*, 1883). — C..., 72 ans. Pneumonie il y a 40 ans. En décembre 1882, pneumonie du côté gauche. Irrégularités des bruits cardiaques. Le pouls est de plus en plus irrégulier et au mois de janvier, œdème des membres inférieurs, oppression assez considérable.

1^{er} février. — Pouls irrégulier. Matité le long du bord droit du sternum, jusqu'à 4 travers de doigt en dehors en allant vers le mamelon de ce côté ; en ce point, disparition du murmure respiratoire. Lorsque le malade se déplace, on constate qu'au point primitivement sourd, la respiration s'entend un peu ; on y perçoit aussi des bruits de frottement ; en faisant causer le malade, on entend un bourdonnement avec voix chevrotante. Le malade étant couché sur le dos, il existe immédiatement le long du bord droit du sternum un point sonore ; puis la zone mate commence au bord droit du sternum pour s'étendre jusqu'au mamelon.

19. — Outre les signes pulmonaires déjà constatés en avant, il existe de la matité de la fosse sous-épineuse droite. Râles sibilants et muqueux dans toute l'étendue de la poitrine, excepté dans la fosse sous-épineuse où il existe un souffle à timbre tubaire ; crachats verdâtres, sanguinolents.

NÉCROPSIE. — Poumon gauche congestionné dans sa partie postérieure, emphysémateux à sa surface. Poumon droit recouvert de fausses membranes sur sa face diaphragmatique ; ce poumon est petit, refoulé en haut, revenu sur lui-même, mais nullement atelectasié ; grâce à cette rétraction, il est presque partout distant de la paroi tho-

racique et presque partout entouré d'une épaisse couche de liquide séreux qui l'éloigne du feuillet pariétal de la plèvre ; en outre, le long du bord antérieur nous trouvons une bride fibreuse qui limite presque une seconde cavité pleurale ; celle-ci était ovale, de la grosseur d'un œuf de dinde, la bride paraissait ancienne ; en ce même endroit et s'enfonçant dans le poumon, existait une nouvelle cavité pleurale, de la grosseur d'un œuf de pigeon et communiquant avec la grande cavité pleurale. Les parois pulmonaires voisines de ces épanchements étaient en état d'hépatisation rouge ; le tissu était friable ; le reste du poumon droit était congestionné. Sur la face externe, quelques noyaux d'apoplexie pulmonaire.

Obs. XXXIII. — *Deuxième type anatomique de la pleurésie multiloculaire* (CONCATO, *loc. cit.*). — Luigi Casali, 56 ans, habitant Bologne, se présente à la clinique de Bologne le 20 avril 1864. Sa mère était morte de toux. Comme maladie, il avait eu seulement une arthrite qui avait duré 4 mois et avait laissé une prédisposition à la douleur articulaire au changement de température, et une pneumonie (à 40 ans) qui s'était répétée 4 ans après, plus violente que la première fois. La maladie qui l'amenait à l'hôpital avait débuté 8 jours avant son entrée, c'est-à-dire le 12 avril. Ayant été à quelques kilomètres de la ville, en voyageant il fut pris de frissons et, à peine rentré chez lui, il se coucha.

Etat du thorax au moment de l'entrée à la clinique : en avant et à gauche, les régions sus et sous-claviculaires sont peu excavées ; les interstices costaux sont effacés ; la résistance est accrue ; la pointe du cœur se voit et se sent à l'endroit normal ; les vibrations thoraciques sont plus fortes à la partie supérieure, diminuées jusqu'à la 6^e côte. A droite, submatité médiocre du haut en bas, souffle respiratoire faible. En arrière et à gauche, la submatité est plus distincte du sommet à la base, matité à la 7^e ou 8^e côte ; les vibrations thoraciques semblent abolies, sauf à deux doigts sous l'épine de l'omoplate où elles sont perceptibles ; le murmure vésiculaire est à peine constatable ; gros et nombreux râles bulleux.

Deux mois après, le malade meurt de consommation, sans que les signes se soient modifiés. Un peu avant la mort, on entendit du souffle bronchique près de la colonne vertébrale à gauche, entre la 7^e et la 8^e côtes.

AUTOPSIE. — On retrouvait les modifications de symétrie notées en clinique. A l'ouverture du thorax, une première collection liquide se trouvait enkystée à gauche dans l'espace costo-pulmonaire ; plus loin, les deux plèvres étaient intimement soudées surtout à la partie inférieure et postérieure ; un demi-litre de sérosité était accumulé sur le diaphragme, et semblait limité en haut par la base du poumon. La plèvre costale offrait des suffusions hémorragiques, en partie sous forme de taches, en partie sous forme de points, et elle était en outre

parsemée de grains jaunâtres analogues à des tubercules, mais qui étaient formés de fibrine pure. Même à la surface de rencontre, la fibrine était disposée sous forme de membranes qui ne se détachaient pas très facilement. Cette surface offrait cette particularité, que des sillons assez profonds la décomposaient en autant de régions, de formes et de dimensions variables. Sans aller plus loin, on eût pu croire que le poumon gauche était anormalement subdivisé en 5 ou 6 lobes, d'autant plus que ce qui paraissait de simples sillons était des fissures qui allaient à une certaine profondeur et séparaient en réalité dans presque toute leur hauteur 5 ou 6 masses, en apparence unies seulement à la base.

La plus volumineuse de ces masses occupait la partie supérieure de la plèvre, depuis le sommet jusqu'à peu près la 3^e côte ; elle avait une forme triangulaire à sommet tourné en dehors ; sa surface convexe ou costale se moulait sur la concavité des côtes, dont elle n'avait pas gardé l'empreinte ; sa face interne était un peu inégale et supportait les trois masses décrites plus bas. Celles-ci occupaient l'espace compris entre la 3^e et la 7^e ou 8^e côtes ; deux d'entre elles, l'externe et l'interne, avaient le diamètre horizontal plus long ; la troisième au contraire avait le diamètre vertical plus long, elle ressemblait à un rein et était tout d'une pièce, tandis que les deux autres étaient composées de plusieurs morceaux de volume et de forme différents. Enfin la masse située le plus bas, de volume un peu moindre que celui de la masse supérieure et de forme semi-lunaire, recevait dans sa concavité les trois masses précédemment décrites ; sa convexité ou surface inférieure, un peu aplatie, concourait à former la limite supérieure de la cavité où s'était accumulé le liquide noté plus haut.

En cherchant si à la partie postérieure les masses décrites ci-dessus formaient un corps unique, on était surpris de trouver qu'elles étaient complètement distinctes l'une de l'autre et qu'elles se détachaient sans peine des parties sous-jacentes, lesquelles étaient à ce niveau les deux lobes du poumon gauche comprimé et absolument atelectasié. Le poumon étant retiré du thorax, toute sa surface costale était couverte de la fibrine déjà décrite ; sa couleur était bleuâtre ; sa consistance molle, comme gélatineuse, fluctuante à la pression, et laissant l'impression d'une vessie pleine de liquide. Les masses contenaient une sérosité parfaitement diaphane, jaune-rougeâtre, inodore, non libre mais contenue dans autant de vacuoles ou petits espaces résultant de l'entrecroisement de travées très fines et délicates que rompait la plus légère traction. On parvenait à détacher complètement cette masse, sans déranger beaucoup les adhérences réciproques des parties. De plus, une partie de la base du poumon concourait avec la masse la plus inférieure à circonscrire la partie inférieure de la plèvre où la sérosité s'était collectée.

Les autres lésions anatomiques dignes d'être mentionnées étaient :

adhérences solides de la plèvre droite et des trois lobes du poumon correspondant, le sommet de celui-ci était rétracté et induré par des cicatrices cruciales, profondes, multiples ; symphyse cardiaque complète ; dégénérescence graisseuse du myocarde ; plaques d'athérome à l'aorte, surtout à la crosse ; foie gras, hyperémié, totalement et complètement soudé au diaphragme.

Obs. XXXIV. — (Foot, *Dublin J. of. med. sc.*, déc. 1872). — Jeune homme, 18 ans, mort le 67^e jour de sa maladie. Pleurésie enkystée au voisinage d'un poumon comprimé et œdémateux. Il présentait lors de son entrée à l'hôpital des symptômes graves de fièvre continue, mais sans les caractères ordinaires de la fièvre typhoïde ; l'éruption et la diarrhée faisaient défaut. Le D^r Stockes considérait ce cas comme une fièvre typhoïde irrégulière, masquée par la tuberculose. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, la température ne descendit pas un seul jour à 100° Fahr. (37° centigr.). La respiration devint de plus en plus difficile ; il apparut de l'œdème des membres inférieurs, surtout du côté gauche, puis de l'orthopnée, de l'aphonie et des épistaxis. On constatait distinctement la présence de liquide dans le côté gauche, affirmée par la matité à la percussion, l'immobilité de ce côté, la projection des côtes en dehors, l'élargissement des espaces intercostaux. On ne pouvait rechercher l'état des vibrations vocales, le patient étant aphone. L'œdème de la paroi ne pouvait pas éclairer le diagnostic, par suite de l'anasarque et du décubitus ordinaire sur le côté gauche malgré l'orthopnée. Le cœur n'était pas déplacé. Dans ces conditions, on jugea prudent, la mort étant imminente, de risquer une chance d'amélioration par une ponction exploratrice. Le trocart n° 4 fut introduit, mais on ne retira qu'une once (1) à peine de sérosité claire, et l'écoulement s'arrêta. Un trocart plus large fut alors introduit, et une autre once de sérosité claire s'écoula, puis l'écoulement s'arrêta. L'enfant sembla amélioré après l'opération et l'exprima lui-même ; il put rester couché, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Il mourut 6 jours après par asthénie et par asphyxie.

Le passage du trocart était indiqué, et conduisait à travers la plèvre costale très épaissie au sommet d'une cavité qui contenait 20 onces de liquide. Cette cavité avait pour plancher le diaphragme, et était limitée latéralement par le péricarde et les côtes inférieures, et pour limite supérieure la base du poumon comprimé et œdémateux ; et plus haut divergeaient les feuillets de la plèvre gauche unis par places. L'intérieur de cette cavité était cloisonné de part en part par des bandes et des tractus de lymphes, dont quelques-uns probablement avaient obstrué l'orifice de la canule. La ponction avait précisément porté à l'endroit où ils étaient le plus épais et le plus nombreux, au voisinage du poumon

(1) 30 grammes environ.

qui était adhérent immédiatement au-dessus de la collection liquide. L'exsudation des deux plèvres costale et pulmonaire était en voie de dégénérescence caséuse ; quelques parties indurées du poumon gauche présentaient des traces de la même dégénérescence. Il y avait des tubercules miliaires vrais, gris, dans l'un des deux poumons.

Une ou plusieurs des loges peuvent être secondairement envahies par les microbes pyogènes ; on a alors une pleurésie cloisonnée à épanchements différents. M. Galliard (1) donne le nom de *pleurésie polymorphe* à cette variété d'inflammation pleurale. Aux exemples signalés à propos de la pleurésie biloculaire, il faut ajouter les faits suivants :

Obs. XXXV. — (DANESI, *Impariale*, Firenze, 1881). — A l'hôpital civil de Carrara mourait le 7 mai de cette année 1881, Isaïe Gentil, soigné depuis 1878 pour une longue maladie de poitrine dont le diagnostic n'avait pu être affirmé pendant la vie.

L'autopsie révéla les lésions suivantes : *Poitrine* : à l'ouverture de la poitrine, le poumon et la plèvre gauches étaient normaux. Du côté droit, au contraire, la cavité pleurale était pleine de sérosité et de pus répartis de la façon qui suit. Cette cavité était divisée en quatre loges par des membranes de nouvelle formation ; la plus basse, à la base du thorax, s'étendait en arrière et en haut, et était pleine de sérosité ; deux collatérales, sur la ligne médiane et sur un plan antérieur, répondaient à la 5^e et à la 6^e côtes, elles étaient de la dimension d'un œuf de poule, et étaient pleines d'un liquide purement séreux ; enfin une autre, au sommet de la poitrine, était pleine de pus, elle présentait en outre cette particularité qu'elle était traversée horizontalement par une sorte de colonne qui la divisait en deux, cette colonne était comme formée de deux cônes réunis par le sommet et allant du poumon vers le milieu de la 3^e côte, elle se trouvait recouverte d'une néomembrane bien organisée, délicate, transparente, légèrement adhérente, facile à détacher, le reste de la colonne était composé par les adhérences de la plèvre pulmonaire à la plèvre costale. En effet, cette colonne, dont le centre avait la grosseur d'une plume d'oie, était formée de tissu pulmonaire carnifié, induré, fibreux. Le reste de l'organe, par suite de la compression subie depuis si longtemps, était totalement refoulé en arrière et en haut, et réduit au tiers environ de son volume. Les cloisons étaient constituées toutes par des fausses membranes de peu de consistance, dirigées plus ou moins obliquement de la plèvre pariétale à la plèvre viscérale, où elles s'inséraient. Toute la plèvre était épaissie, granuleuse à sa surface, tapissée d'une membrane pyo-

(1) *Soc. méd. des hôp.*, séance du 18 janvier 1895.

génique. Le poumon était refoulé, comme je l'ai dit, et carnifié, dur, fibreux ; plongé dans l'eau, il ne surnageait pas.

Le péricarde contenait une petite quantité de sérosité citrine. Le cœur était hypertrophié ; ses orifices et ses appareils valvulaires étaient sains ; l'eau versée dans l'aorte en franchissait l'orifice, il existait en effet une insuffisance de l'orifice aortique, non par altération des parois, mais par dilatation de celles-ci, d'où les valvules, bien que de structure normale, étaient insuffisantes. Pas d'athérome aortique ; la couleur, la consistance et l'élasticité du vaisseau étaient normales.

Abdomen : à l'ouverture de l'abdomen, le gros intestin présentait une couleur légèrement rougeâtre, le reste était sain. Tous les viscères étaient sains, à l'exception du foie ; celui-ci était de volume ordinaire, mais de consistance un peu dure, sa surface était granuleuse et bigarrée ; à la section, il apparaissait couvert de points rouges et jaunes, lui donnant l'aspect de la noix muscade.

OBS. XXXVI (Résumée). — *Colique hépatique. — Angiocholite. — Pleurésie polymorphe (loge sus-diaphragmatique à contenu purulent, grande loge à contenu séro-fibrineux). — Mort* (GALLIARD, *loc. cit.*). — X..., 35 ans, est atteinte de coliques hépatiques et d'angiocholite au commencement du mois d'août. Le 18 août, souffle léger à la base gauche, en arrière ; matité. Le 22, on constate des râles en arrière et à gauche. Le 23, on constate des signes de névralgie diaphragmatique à gauche ; de ce côté existe un épanchement pleural peu abondant.

Le 19 septembre, l'épanchement pleurétique a beaucoup augmenté. On pratique la thoracentèse postéro-externe à la base gauche et on extrait 200 grammes environ de pus non fétide. Le 20, on pratique la pleurotomie sans chloroforme, en prenant pour point de repère la piqure faite la veille. Après l'incision des muscles intercostaux et de la plèvre pariétale, on est étonné de ne pas voir jaillir immédiatement le liquide, comme cela arrive d'habitude. Il faut donner du jour en élargissant l'incision du côté de la colonne vertébrale pour obtenir le résultat désiré. Mais alors, au lieu de pus, c'est de la sérosité qui s'écoule en grande abondance. On place un drain dans la cavité pleurale préalablement explorée à l'aide du doigt ; le liquide continue de couler. On évalue à 1 litre la quantité de sérosité, mêlée à des grumeaux fibrineux, qui inonde les linges et les draps. Pansement iodoformé. Pour rechercher si le pus fourni par la thoracentèse ne provient pas d'un abcès sous-diaphragmatique, on chloroforme la malade le 24 septembre ; le doigt introduit dans la cavité pleurale décolle aisément quelques adhérences du côté externe et libère complètement la base du lobe inférieur. On explore la surface du diaphragme qui n'est pas bombée ; il n'y a donc pas d'abcès sous-diaphragmatique. C'est bien dans une loge pleurale qu'avait pénétré le trocart ; cette loge est actuellement vide

ou à peu près vide, car il ne s'écoule qu'une très petite quantité de pus.
Mort le 30 septembre. L'autopsie n'a pu être faite.

Le trocart peut parfois, quand on lui imprime des mouvements, détruire les cloisons, ouvrir deux ou plusieurs loges, et donner alternativement du pus ou de la sérosité.

Obs. XXXVII (Résumée). — *Pleurésie multiloculaire ; pus ; sérosité* (GOUTIERRE-CACHERA, *loc. cit.*). — Malade rhumatisant, 42 ans, atteint de pleurésie droite. Le liquide monte jusque sous la clavicule, abaisse le foie, distend le thorax au point de donner 45 centimètres à droite, 41 à gauche. La 1^{re} ponction, faite dans le 5^e espace en avant, donne 2 litres et demi d'un liquide clair, citrin, transparent. Après une dizaine de jours, une 2^e ponction faite au-dessous et en dehors de la pointe de l'omoplate donne un demi-litre d'un liquide louche. Après quelques jours, on observe les signes d'un envahissement nouveau de toute la plèvre par du liquide : vibrations thoraciques presque abolies, souffle lointain, matité complète, absence de respiration, léger œdème de la paroi.

Une 3^e ponction est pratiquée dans le 9^e espace en arrière avec le plus gros trocart de l'appareil Potain. Rien ne sort par la canule. On y introduit un mandrin et on fait mouvoir légèrement l'extrémité de la canule, un *jet de pus* s'échappe et l'écoulement s'arrête aussitôt. Nouvelle introduction du mandrin, nouveau mouvement de la canule dans la plèvre, un *flot de sérosité citrine* s'échappe et s'arrête à son tour. Réintroduction du mandrin, mouvement de la canule, *nouveau flot de pus*, puis le jet s'arrête. Le mandrin est réintroduit, la canule de nouveau remuée dans la plèvre, nouvelle *issue d'un liquide séreux citrin* qui s'arrête au bout de quelques secondes. Cette manœuvre est répétée dans l'espace de 40 minutes une dizaine de fois avec des résultats identiques, avant d'obtenir un *écoulement régulier et ininterrompu de 2 litres et demi d'un pus* désormais sans mélange.

Plus tard, le liquide se reproduit et nécessite l'empyème.

La différence de nature de l'épanchement bi ou multiloculaire peut se rencontrer dans deux conditions différentes. Tantôt les loges ont été formées simultanément, mais l'une d'elles, pour des raisons diverses, est envahie par les microbes pyogènes. Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent d'après Pétrone, Concato, Tendenini, Dànesi, il s'est produit des inflammations successives suivies chacune de la production d'adhérences ; ces phlogoses répétées ont ainsi créé une série de loges, dont le liquide n'a pas le même

âge ; les loges les plus anciennes contiennent du pus, les plus récentes renferment de la sérosité.

Une variété très intéressante de ces pleurésies multiloculaires est celle où deux loges, l'une antérieure, l'autre postérieure, communiquent entre elles par la scissure interlobaire. M. Jaccoud a bien étudié ce mode de répartition du liquide. Le poumon, dans ce cas, est adhérent à la partie inférieure et à la partie supérieure ; le liquide, accumulé à la partie moyenne et postérieure de la poitrine, dilate cette région en même temps qu'il refoule en dedans le lobe moyen du poumon ; mais ce refoulement est nécessairement limité, et le liquide, obligé de se faire une place, trouve dans une des scissures interlobaires une sorte de canal d'échappement où il s'engage pour venir former une seconde collection séreuse à la partie antérieure. Le même fait peut s'observer quand l'épanchement postérieur, au lieu d'être limité à la partie moyenne du thorax, en occupe librement et régulièrement la partie inférieure. « Les faits de ce genre ne doivent donc pas être considérés comme exceptionnels, et cette éventualité, je ne me lasserai pas de le dire, doit toujours être présente à l'esprit du médecin. Lorsque, au cours d'une pleurésie, il constate des signes d'épanchement en avant et en arrière, il ne doit pas conclure par cela seul que le liquide occupe aussi la partie latérale ; il doit s'assurer de l'état de la région axillaire par un examen prémédité ; il reconnaîtra par là, le cas échéant, la disposition biloculaire de l'épanchement, et il ne sera pas exposé à plonger le trocart dans le poumon ou dans la cavité abdominale » (Jaccoud).

Obs. XXXVIII (Résumée). — *Pleuro-péricardite tuberculeuse ; épanchement pleural cloisonné et interlobaire* (Jaccoud, *Clin. de la Pitié*, 1884-85, p. 28). — Garçon boucher, 24 ans, malade depuis 5 jours, entré le 26 mars 1885, salle Jenner, avec des symptômes typhiques. Cinq jours après l'entrée, on constate une péricardite sèche et une pleurésie sèche à droite.

2 avril. — On note les signes suivants ; dans le tiers supérieur du côté droit en arrière : submatité, conservation des vibrations vocales, respiration affaiblie et pourtant un peu rude. Dans le tiers moyen : matité absolue, abolition des vibrations vocales, souffle fort aux deux temps,

broncho-égophonie, pectoriloquie aphone. Dans le tiers inférieur : matité moins forte, affaiblissement et non pas abolition des vibrations vocales, pas de souffle, pas de bronchophonie ni de pectoriloquie aphone ; bruit respiratoire très faible, peu distinct, uni à de nombreux frottements. L'épanchement est limité au tiers moyen de la hauteur du thorax.

10. — Dilatation notable du côté droit de la poitrine au niveau de la partie moyenne. Cette dilatation est appréciable à la vue, et la mensuration donne au niveau du mamelon 25 millimètres de plus à droite qu'à gauche, tandis qu'à trois travers de doigt au-dessus du mamelon la différence est de 35 millimètres. La répartition des signes stéthoscopiques est exactement la même que par le passé ; mais ce jour-là et les jours suivants, on n'entend plus de frottements dans toute la hauteur de la région antérieure, on ne les trouve que dans les deux tiers supérieurs, en bas ils sont remplacés par un silence complet.

Ponction le 23 avril, dans le 8^e espace : 1100 grammes de liquide séreux. L'épanchement se reproduit les jours suivants. Nouvelle ponction le 27, dans le 6^e espace : 1250 grammes de sérosité. Mort le 2 mai.

AUTOPSIE. — La scissure interlobaire supérieure est oblitérée par des fausses membranes. La scissure interlobaire inférieure est transformée en canal par des adhérences solides et continues qui en fixent les lèvres à la plèvre costale dans toute l'étendue de la région axillaire. Il existe une loge antéro-inférieure pleine de liquide, en communication directe avec cette scissure. Le sommet et la moitié supérieure du lobe supérieur sont complètement adhérents à la paroi costale ; la cavité pleurale est supprimée à ce niveau. La base du poumon est adhérente au diaphragme et le pourtour du lobe inférieur est fixé aux côtes. Entre ces deux points se trouve une vaste poche qui, dans sa partie inférieure correspondant au lobe inférieur du poumon, offre quatre adhérences principales en forme de brides individuellement isolées et remarquables à la fois par leur solidité et leur brièveté ; elles sont à peu de choses près aussi larges que longues, la plus courte des quatre ne mesure pas 2 centimètres. D'autres adhérences moins solides ont été rompues au moment de l'autopsie. A ce niveau, entre l'organe et la paroi, il n'y a qu'une couche lamelliforme de liquide. La poche postérieure communique avec la poche antéro-inférieure par la scissure interlobaire inférieure transformée en canal ; les adhérences membraneuses qui existent dans toute la hauteur de la région axillaire font que ce canal est la seule voie de communication entre les deux poches.

Obs. XXXIX (Résumée). — (JACCOUD, *loc. cit.*). — Homme, 56 ans, atteint d'une double lésion aortique et d'une pleurésie gauche. Cette pleurésie présentait évidemment un double épanchement, l'un postérieur, l'autre antérieur ; en effet, dans la moitié inférieure du thorax

en arrière, on retrouvait au complet les signes de la présence d'un liquide, à l'exception de la pectoriloquie aphone; en avant, dans la région sous-mammaire, on constatait le remplacement du tympanisme semi-lunaire par une matité absolue, l'absence de vibrations vocales et de bruit respiratoire, l'absence de dépression costale à l'inspiration.

On aurait pu croire tout d'abord qu'il n'y avait là qu'un seul épanchement régulier, assez abondant pour se manifester à la fois en arrière et en avant; mais un examen plus complet montrait bientôt qu'il n'en était pas ainsi, et qu'il s'agissait réellement de deux épanchements distincts, l'un postérieur, l'autre antérieur. En effet, dans la région axillaire intermédiaire aux deux foyers de liquide, on ne trouvait pas de signes d'épanchement; on constatait de la submatité, mais les vibrations vocales étaient perceptibles et l'on entendait du bruit respiratoire mêlé de nombreux frottements. Donc le liquide postérieur ne communiquait pas avec l'antérieur par la région axillaire; les deux épanchements étaient distincts, sans communication ou ne communiquant que par la scissure interlobaire. Comme on n'avait pas assisté au début de cette pleurésie et qu'on trouvait d'emblée les caractères énumérés, on ne pouvait se permettre aucune solution pour cette dernière question, car on ne savait même pas si les signes d'épanchement s'étaient montrés d'abord en avant ou en arrière. Une thoracentèse postérieure donna 1200 grammes de liquide.

AUTOPSIE. — La partie latérale externe du poumon est fixée dans presque toute sa hauteur par des adhérences à la paroi axillaire. En avant, une poche répond à la moitié inférieure de la cavité pleurale; en arrière, une poche plus vaste égale en hauteur les deux tiers inférieurs de cette cavité. Les deux poches communiquent l'une avec l'autre par la scissure interlobaire béante à ses deux extrémités.

§ IV. — Epanchements aréolaires.

Lorsque les adhérences pleurales sont très nombreuses, l'exsudat se trouve emprisonné dans des vacuoles séparées par des cloisons qui lui donnent l'apparence du tissu cellulaire largement infiltré de sérosité. M. Moutard-Martin a désigné ces faits du nom de *pleurésie aréolaire*. Il existe tous les intermédiaires entre les pleurésies multiloculaires et les pleurésies aréolaires proprement dites. On conçoit qu'alors dans la ponction le liquide ne coule que goutte à goutte ou même ne s'écoule pas du tout. Dans ces conditions si l'on déplace le trocart, celui-ci brise les cloisons qui sépa-

rent les vacuoles et fait entendre une crépitation fine spéciale (Moutard-Martin). Tantôt la pleurésie est aréolaire d'emblée (Delacou) ; tantôt elle est consécutive à des adhérences anciennes fibreuses et constitue ce qu'on a proposé d'appeler une *pleurésie infiltrée*, sorte d'infiltration œdémateuse des fausses membranes qui mérite à peine le nom d'épanchement.

OBS. XL (Résumée). — *Pleurésie aréolaire* (MOUTARD-MARTIN, *Soc. méd. des hôp.*, 27 déc. 1872). — Femme, 60 ans, entrée à l'hôpital pour une pleurésie gauche datant de 3 à 4 mois. La thoracentèse donne issue à 1 litre 1/2 de sérosité limpide. L'épanchement se reproduit et une deuxième thoracentèse, faite 15 jours après, donne 1 litre de liquide séreux. Une troisième thoracentèse, faite 3 semaines plus tard, ne donne qu'une très petite quantité de liquide séreux coulant goutte à goutte ; la canule, enfoncée doucement ou déplacée latéralement, transmet la sensation d'une crépitation fine. Une nouvelle thoracentèse ne donne encore, comme la précédente, qu'une très petite quantité de liquide qui s'écoule aussi goutte à goutte.

AUTOPSIE. — Le côté gauche de la poitrine est rempli d'une apparence de gelée transparente, formée d'un nombre infini de vacuoles contenant de la sérosité parfaitement fluide. Cet épanchement ne peut être mieux comparé qu'au tissu cellulaire largement infiltré de liquide. Des sections faites dans cette masse laissent écouler le liquide lentement, et on voit celle-ci s'affaïsser petit à petit.

OBS. XLI. — *Epanchement pleurétique enkysté* (HOOD, *The Lancet*, juin 1893). — Homme, 38 ans, entré à l'hôpital North-West de Londres, le 16 avril 1891. Il était atteint de dyspnée et racontait qu'un mois auparavant il avait été mouillé, il avait eu de la douleur dans la poitrine et avait été confiné au lit pendant 9 jours. Se trouvant mieux, il avait repris ses occupations et, à l'exception de quelques jours, il avait eu des alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'au jour de l'entrée. Ce jour-là, cet homme était très souffrant. Respiration 58. Température 102 (1). Pouls 120. Le côté gauche du thorax était mat de la base au sommet ; les signes physiques étaient un peu équivoques et contradictoires, mais un examen minutieux faisait pencher le diagnostic vers celui d'un épanchement abondant. Les bruits du cœur étaient faibles, à peine perceptibles ; cependant le cœur semblait battre au milieu du sternum. Une aiguille aspiratrice fut enfoncée en trois endroits différents sans ramener une goutte de liquide. Une quatrième ponction ramena 4 onces (2) de liquide clair. Le jour suivant, il y avait évidem-

(1) 38°8 centigrades.

(2) 125 grammes environ.

ment une pleurésie du côté droit ; la dyspnée s'accrut, et cet homme mourut le 18 avril dans la matinée.

NÉCROPSIE. — La plèvre gauche était très épaissie et le poumon comprimé. La cavité pleurale était occupée par de nombreuses loges, séparées les unes des autres par des bandes de tissu fibreux, dont quelques-unes avaient la largeur d'un doigt et demi. Ces loges étaient remplies d'un liquide séreux clair ; la plus large se trouvait à la partie postérieure du diaphragme et renfermait quelques onces de liquide. En outre, il y avait une pleurésie récente à droite, et un épanchement de 8 onces (1) dans le péricarde. On ne retrouvait pas le trajet de l'aiguille ; les trois premières ponctions avaient pénétré dans les cloisons fibreuses qui séparaient les loges ; la quatrième seule avait donné du liquide, malheureusement elle avait pénétré dans une des cavités les plus petites.

OBS. XLII (Résumée). — (TROLLEY-DESLONCHAMPS, *th. doct.*, 1873). — C..., entré à l'hôpital le 8 janvier 1873 : toux fréquente sans expectoration, dyspnée, fièvre, douleur très vive à la base du poumon droit, légère matité au même niveau en arrière, frottements peu accentués, conservation des vibrations thoraciques, pas d'égophonie.

13. — Frottement pleural, diminution des vibrations thoraciques.

15. — Matité et souffle dans tout le poumon, excepté dans la fosse sus-épineuse.

17. — Souffle dans l'espace omo-vertébral, frottement à la partie moyenne du poumon, retentissement de la voix sans égophonie.

20. — Bruit respiratoire assez net, vibrations thoraciques manifestes.

Du 22 janvier au 17 février, les signes stéthoscopiques s'amendent, les vibrations sont diminuées, mais facilement perçues.

18. — Matité dans tout le côté droit du thorax, absence du murmure respiratoire et des vibrations thoraciques, bronchophonie. Mort le 20.

AUTOPSIE. — Léger épanchement d'un liquide jaune citrin et albumineux dans la plèvre droite. Adhérences nombreuses du poumon droit à la plèvre costale. Sur la plèvre viscérale, abondant exsudat gélatineux en forme de grappe, occupant toute son étendue. Splénisation du poumon droit. La surface du poumon est recouverte d'une masse tremblotante de 2 centimètres d'épaisseur, très adhérente et qu'on ne peut détacher. Elle offre l'aspect d'une gelée légèrement colorée en jaune, entrecoupée de filaments parallèles blanchâtres, mêlés à des stries rougeâtres. Elle ressemble au tissu cellulaire infiltré de sérosité ; elle laisse sourdre par piqûre des gouttelettes d'un liquide jaune citrin, riche en albumine.

OBS. XLIII (TROLLEY-DESLONCHAMP, *loc. cit.*). — L..., malade depuis près d'un mois, entre à l'hôpital le 10 novembre 1872. Il a contracté une

(1) 250 grammes environ.

pleurésie pendant le siège. Actuellement, il offre les symptômes d'un épanchement pleurétique considérable : absence de murmure vésiculaire et matité absolue dans tout le côté droit du thorax, vibrations thoraciques presque nulles. Deux ponctions faites dans le 7^e espace sont négatives. Une 3^e ponction faite un peu plus tard dans le 6^e espace ne donne également aucun liquide. Mort.

AUTOPSIE. — Poumon droit recouvert dans toute son étendue d'une couche uniforme d'un tissu d'apparence gélatineuse, de 2 centimètres d'épaisseur. Quelques brides fibreuses unissent les deux feuillets de la plèvre. On ne peut séparer cette masse du poumon. Elle conserve quelque temps l'empreinte du doigt. Par l'incision, elle laisse échapper un liquide qui coule pendant plus d'un quart d'heure.

OBS. XLIV (Résumée). — (DELACOU, th. doct., 1875). — G..., 43 ans, entre à l'hôpital le 10 juillet 1874. Malade depuis l'avant-veille. Douleur du côté droit de la poitrine. Toux ; crachats visqueux et rouillés. Matité complète à droite de haut en bas, en arrière et sur le côté ; vibrations thoraciques conservées, mais notablement diminuées ; souffle tubaire et bronchophonie dans les points mats.

14. — Les vibrations ont complètement disparu. Broncho-égophonie. Thorax peu dilaté. Foie non abaissé. La thoracentèse ne donne issue qu'à quelques gouttes de sang. — Mort le 14.

AUTOPSIE. — Epanchement de 200 grammes de sérosité citrine ; mais la cavité pleurale droite contient en outre une masse d'apparence gélatineuse qui s'étend depuis le haut jusqu'au bas, entre la face externe du poumon et la paroi costale. Dans sa moitié inférieure, elle est appliquée contre le lobe inférieur du poumon et séparée de la plèvre pariétale par une partie de l'épanchement liquide ; dans sa moitié supérieure au contraire, elle reste appliquée contre la plèvre pariétale tandis qu'elle est séparée du poumon par de la sérosité citrine. Elle ne présente aucune trace d'adhérence avec les feuillets de la séreuse et se laisse enlever facilement en totalité, sans laisser s'écouler de liquide. Une ouverture faite sur la paroi externe laisse s'écouler goutte à goutte de la sérosité citrine ; le stylet introduit par l'ouverture donne, quand on le déplace, une sensation de fine crépitation. Cette masse est constituée par des vacuoles contenant de la sérosité et séparées les unes des autres par des cloisons fibrineuses qui se dessinent assez régulièrement en blanc jaunâtre. Epaisse de 3 centimètres à sa partie moyenne, elle va en s'amincissant vers ses bords et ses extrémités. Vers le milieu de la face externe du poumon, il existe entre la plèvre viscérale et la plèvre costale une adhérence celluleuse, de 2 centimètres de long, très manifestement enflammée, œdémateuse et très vascularisée ; vers le centre, il existe une ecchymose assez étendue produite par le trocart lors de la thoracentèse.

OBS. XLV (Résumée). — *Obstruction des voies biliaires. — Dilatation énorme de la vésicule. — Cancer primitif du pancréas. — Pleurésie aréolaire* (MOUTARD-MARTIN, *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1887). — B..., 63 ans, a eu, il y a 6 ans, une fluxion de poitrine; il offre actuellement des signes de compression du canal cholédoque par un néoplasme. Il se plaint beaucoup de sa toux, il dit qu'il étouffe; on constate un peu de bronchite.

AUTOPSIE. — Pas de liquide libre dans les plèvres. Poumon droit recouvert dans les deux tiers inférieurs de fausses membranes épaisses, molles, fortement colorées en jaune, très adhérentes; elles forment une série de vacuoles de dimensions variables, mais assez comparables à une grappe de raisin dont certains grains auraient un volume énorme. Par la pression, on fait sortir de ces nombreuses vacuoles un liquide citrin, et les fausses membranes perdent presque toute leur épaisseur. C'est un type de pleurésie aréolaire. A la coupe, il y a une légère congestion du lobe inférieur; au sommet existent quelques tubercules crétacés.

CHAPITRE V

Epanchements antéro-supérieurs. — Epanchements à bascule.

Un certain nombre d'épanchements se localisent à la partie antéro-supérieure du thorax ; on a attribué ce fait à la production d'adhérences pleurales, il est dû le plus souvent aux modifications de la congestion pulmonaire sous-jacente. Dans ces cas, le liquide s'accumule d'abord à la partie postérieure ; puis, le poumon hyperémié et plus lourd est entraîné par son propre poids, sous l'influence du décubitus dorsal adopté par le malade, vers la paroi postérieure du thorax ; il refoule et maintient ainsi secondairement le liquide à la partie antérieure.

Parfois l'épanchement se résorbe dans cette situation. D'autres fois, la congestion pulmonaire s'efface rapidement avant que l'exsudat ait pu être résorbé, le viscère diminue de volume et de densité, il tend à surnager à la surface du liquide et à gagner la paroi thoracique antérieure. L'épanchement se déplace alors de nouveau et vient reprendre sa position première à la partie postérieure.

L'observation suivante met en évidence ce mode curieux de répartition du liquide :

OBS. XLVI (Personnelle). — M... Alfred, âgé de 39 ans, exerçant la profession de clicheur, entre le 28 mars 1894 à la Charité, salle Bouillaud, n° 7, dans le service de M. le professeur Potain.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 38 ans de paralysie ; mère morte à 52 ans de la poitrine ; une sœur morte à 29 ans de la poitrine.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. L'affection actuelle a débuté il y a 8 jours par des frissons et de la fièvre ; le malade a dû se coucher, et le soir même il a éprouvé une vive douleur dans tout le côté droit de la poitrine. En même temps il avait perdu l'appétit et était tourmenté par une toux sèche, quinteuse, peu fréquente. Il y a 4 jours, se trouvant mieux, il voulut sortir et fit une courte pro-

menade à pied ; mais en rentrant chez lui, il fut repris de frisson, de fièvre intense, et d'un nouveau point de côté à droite du thorax. Depuis lors, il a gardé le lit, il accuse de l'oppression et ne peut se coucher sur le côté droit parce que cette position augmente sa dyspnée.

Etat actuel. — Homme fort, ayant les apparences de la santé la plus robuste. Décubitus dorsal. Température : 37°8. Pouls 112. Douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine.

Léger skodisme sous la clavicule droite. Matité absolue dans toute la partie inférieure du côté droit du thorax en arrière. La ligne de matité part du milieu de la fosse sous-épineuse et va en s'abaissant jusqu'à la ligne axillaire antérieure ; elle ne dépasse pas cette ligne dans le décubitus dorsal, mais lorsqu'on fait asseoir le malade, la matité s'étend en avant et s'élève jusqu'au deuxième espace intercostal. Le déplacement de la ligne de matité dans la station assise est de six centimètres et demi. Dans toute la région mate, on constate une absence presque complète des vibrations thoraciques (le malade a la voix très vibrante) ; absence du murmure vésiculaire ; égophonie peu nette ; pas de souffle ; pas de pectoriloquie aphone. Au-dessus de la ligne de matité, le murmure vésiculaire est très distinct, associé à quelques râles sous-crépita-

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Bruits du cœur normaux. Déformation hippocratique des ongles très accusée. Pas d'albumine dans l'urine.

30 mars. — Température : 37°6 matin et soir. — Douleur thoracique droite moins vive. Le malade n'accuse pas d'oppression. — Périmètre thoracique : 49 centimètres à droite et à gauche.

La matité commence aujourd'hui au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. La limite supérieure de l'épanchement est moins précise qu'hier. Au-dessus d'elle, on constate jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse de la submatité et une diminution assez notable du murmure vésiculaire. La ligne de matité a envahi la partie antérieure du thorax. Le liquide est encore mobile ; il s'élève, dans la station assise, de cinq centimètres et demi à la partie antérieure. Dans toute la région mate, abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, pas de souffle ; égophonie légère au niveau de la ligne de matité.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

31. — Température : 37°8 matin ; 38°2 soir. — Douleur thoracique presque nulle ; le malade se couche plus volontiers sur le côté droit. Respiration : 20 par minute.

Submatité dans la fosse sous-épineuse droite ; quelques râles sous-crépitaux tout à fait superficiels ; pas de frottements. Souffle à tonalité basse et un peu diffus au niveau de la racine des bronches.

La submatité fait place brusquement à une matité absolue dont la limite supérieure se trouve au même niveau qu'hier, c'est-à-dire exactement au niveau d'une ligne passant par l'angle inférieur de l'omo-

plate. Les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont supprimés au-dessous de cette ligne. La matité ne se déplace plus que de 3 centimètres et demi dans la station assise.

Cœur normal. Le foie ne déborde pas.

1^{er} avril. — Température : 37°6 matin ; 36°8 soir. — Pouls 112, très petit. Pression artérielle : 19 (au niveau de la radiale droite). Respiration : 28 par minute.

L'épanchement occupe les mêmes régions qu'hier ; sa limite supérieure ne dépasse pas l'angle inférieur de l'omoplate. Egophonie légère au-dessous de la ligne de matité ; pas de souffle pleurétique.

Dans la fosse sous-épineuse, on constate de la submatité et de la bronchophonie. Le souffle de congestion pulmonaire s'est étendu et s'entend jusque dans la fosse sus-épineuse où il prend un timbre caverneux. Pectoriloquie aphone à la partie supérieure de la fosse sous-épineuse.

2. — Température : 37°4 matin ; 37°6 soir. Pouls 112.

En arrière, la ligne de matité absolue avec absence complète de vibrations thoraciques s'est abaissée de 2 centimètres environ depuis hier. Légère égophonie au-dessous de cette ligne. Le liquide n'est plus mobile. Au-dessus de l'épanchement, submatité plus prononcée, souffle plus intense et amphorique, bronchophonie très accusée.

En avant, la matité s'élève jusqu'à la deuxième côte et le murmure vésiculaire est très affaibli. Skodisme à tonalité haute sous la clavicule droite.

3. — Température : 37°4 matin ; 37°6 soir. — Périmètre thoracique : 49 centimètres et demi à droite ; 49 centimètres à gauche.

La ligne de matité absolue avec absence complète de vibrations thoraciques se trouve au même niveau qu'hier. Au-dessus de cette ligne, le souffle conserve le même caractère amphorique.

Mouvements du diaphragme normaux à droite et à gauche. Le bord inférieur du foie ne descend pas au-dessous des fausses côtes.

5. — Température : 37° matin ; 37°4 soir. Le malade se couche indifféremment sur le côté gauche et sur le côté droit. — Périmètre thoracique : 50 centimètres à droite ; 49 centimètres à gauche.

La matité absolue commence en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; elle s'élève en avant jusqu'à la deuxième côte. Au-dessous de la ligne de matité, les vibrations thoraciques sont presque effacées, le murmure vésiculaire est aboli. Au-dessus d'elle, toute la partie postérieure du côté droit est submate ; on y entend un souffle amphorique, caverneux, sans râles.

Mouvements diaphragmatiques normaux. Le foie ne déborde pas. Le cœur n'est pas déplacé.

6. — Température : 36°4 matin ; 36°6 soir. Pouls : 108. Pression artérielle, 19. Le décubitus dorsal est seul possible. Toux fréquente. — Périmètre thoracique : 49 centimètres à droite et à gauche.

En arrière, la matité absolue avec absence de vibrations thoraciques et de murmure vésiculaire commence toujours au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. Au-dessus de cet angle, la matité est moins franche, les vibrations thoraciques sont beaucoup plus nettes, l'auscultation révèle un souffle intense, large, caveux, qui se propage du côté gauche ; pas une bulle de râle.

En avant, la matité est absolue sur tout le côté droit ; elle est cependant un peu moindre sous la clavicule.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Bruits du cœur normaux. Traces d'albumine dans l'urine.

7. — Température : 37°2 matin ; 34°6 soir. Pouls : 112. Respiration : 20 par minute. Toux fréquente. Expectoration mousseuse, visqueuse, analogue à une solution de gomme.

L'épanchement s'est encore un peu abaissé en arrière ; sa limite supérieure se trouve actuellement à trois centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; il existe de l'égophonie à ce niveau. Au-dessus de lui, on constate encore la submatité, le souffle amphorique et la bronchophonie.

8. — Température : 37°4 matin ; 36°6 soir. — Périmètre thoracique : 49 centimètres à droite et à gauche.

Il existe toujours en arrière, au-dessus de l'épanchement, un souffle intense ayant les mêmes caractères que précédemment ; ce souffle s'accompagne d'une pectoriloquie aphone très prononcée.

9. — Température : 37°4 matin ; 37°2 soir. Pouls : 116. Pression artérielle : 18. Respiration : 20 à 22 par minute. — Périmètre thoracique : 50 centimètres à droite ; 48 centimètres à gauche.

La ligne de matité absolue et d'absence complète de vibrations thoraciques se trouve en arrière à six centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; elle s'élève progressivement vers l'aisselle, et se termine en avant à deux centimètres au-dessus du mamelon.

En arrière, au-dessus de la ligne de matité, le souffle est plus doux, il a une tonalité plus haute que les jours précédents.

Dans la région axillaire, on constate une transition brusque entre l'égophonie observée dans les parties mates et la bronchophonie observée au-dessus de ces parties.

Sous la clavicule : submatité, légère diminution des vibrations thoraciques, bronchophonie et pectoriloquie aphone très distinctes.

La pointe du cœur n'est pas accessible à la palpation, mais la percussion la décèle à un centimètre en dedans du mamelon gauche. Bruits du cœur normaux. La capacité respiratoire atteint un litre et demi. Traces d'albumine dans l'urine.

10. — Température : 37°4 matin ; 37°8 soir. Pouls : 108. Respiration : 16 à 20 par minute. — Périmètre thoracique : 49 centimètres à droite ; 48 centimètres à gauche.

La ligne de matité s'est encore un peu abaissée en arrière ; elle s'est

élevée en avant jusqu'au premier espace intercostal. L'auscultation de la partie antérieure droite du thorax révèle un souffle à timbre pleurétique au niveau de la deuxième côte, un souffle amphorique dans le premier espace.

11. — Température : 37°6 matin ; 38° soir. Le malade tousse peu ; il expectore des crachats muqueux mélangés à un liquide spumeux et un peu visqueux. — Périmètre thoracique : 50 centimètres à droite ; 48 centimètres à gauche.

En avant, la matité avec absence de vibrations thoraciques s'élève toujours jusqu'à la deuxième côte ; dans le premier espace, on ne constate qu'une submatité très forte et un souffle amphorique assez distinct.

En arrière, la zone de matité n'a pas varié ; elle est occupée par un souffle un peu confus, voilé, de tonalité assez haute. Au-dessus de cette zone, la plus grande partie du thorax est submate et occupée par un souffle mieux défini, de tonalité plus basse, dont le maximum d'intensité se trouve au niveau de la racine des bronches.

Capacité respiratoire : 1 litre 75.

12. — Température : 38°8 matin ; 37°8 soir. Pouls : 96. Pression artérielle : 16 1/2. Langue saburrale. Crachats un peu plus abondants, striés de quelques filets de sang. — Périmètre thoracique : 49 centimètres à droite, 48 centimètres à gauche.

La zone de matité ne s'est pas modifiée ; la submatité est un peu moins accusée sous la clavicule.

13. — Température : 36°8 matin ; 37° soir. Pouls : 96. Pression artérielle : 18 1/2. Toux très fréquente. Expectoration peu abondante, légèrement visqueuse. — Périmètre thoracique : 49 centimètres à droite ; 48 centimètres à gauche.

En avant, la ligne de matité s'est abaissée de 4 centimètres. Le skodisme a remplacé la submatité dans la région sous-claviculaire ; on entend dans cette région le murmure vésiculaire très faible, accompagné d'un souffle amphorique éloigné.

En arrière, la ligne de matité absolue se trouve au même niveau que les jours précédents ; mais au-dessus d'elle, la submatité est moins prononcée, le murmure vésiculaire se perçoit plus distinctement que sous la clavicule, il s'accompagne du même souffle amphorique. Celui-ci a encore son maximum d'intensité au voisinage de la racine des bronches ; il s'éteint en dehors avant d'arriver à la ligne verticale passant par le bord postérieur de l'aisselle.

Capacité respiratoire : 1 litre 60.

15. — Température : 36°6 matin ; 37° soir. Pouls : 88. Pression artérielle : 18. — Expectoration plus fluide. — Périmètre thoracique : 49 centimètres à droite ; 47 cent. 1/2 à gauche.

La ligne de matité s'est encore abaissée à la partie antérieure du thorax ; elle s'est au contraire élevée à la partie postérieure. Sous la

clavicule, on constate encore le skodisme et l'auscultation révèle un souffle amphorique éloigné, peu intense, à travers le murmure vésiculaire nettement perceptible.

En arrière, on entend encore un souffle amphorique un peu au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, au voisinage du rachis. Le murmure vésiculaire reparait à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse.

Capacité respiratoire : 1 litre 65.

Urine 1800 grammes, sans albumine.

16. — Pouls : 96. Pression artérielle : 17. — Périmètre thoracique : 49 centimètres et demi à droite, 47 centimètres à gauche.

En arrière, la ligne de matité s'est encore élevée ; elle atteint aujourd'hui l'angle inférieur de l'omoplate. Le murmure vésiculaire est perceptible au-dessus de cette ligne. On entend encore le souffle amphorique à la partie interne de la fosse sous-épineuse.

En avant, on trouve : à la partie inférieure, une zone de matité absolue avec absence complète de vibrations thoraciques ; à la partie supérieure, sous la clavicule, une zone sonore où le murmure vésiculaire distinct est associé à un léger souffle amphorique éloigné de l'oreille ; à la partie moyenne, une zone intermédiaire où la sonorité est moindre, les vibrations thoraciques plus faibles, le murmure vésiculaire moins distinct.

Urine : 1500 grammes.

17. — Pouls : 108.

La partie antérieure de la ligne de matité s'est abaissée jusqu'au niveau du foie sur une ligne verticale passant par le mamelon.

La partie postérieure de cette ligne ne s'est pas élevée. Egophonie dans les régions mates. Au-dessus d'elles, on constate de la bronchophonie ; le murmure vésiculaire devient de plus en plus distinct, il s'associe à un léger souffle amphorique à la partie interne de la fosse sous-épineuse.

Urine 1600 grammes.

19. — Le souffle de la région sous-épineuse a perdu son caractère amphorique ; il n'est plus représenté que par une expiration un peu rude.

20. — La matité n'existe plus qu'en arrière, dans le sixième inférieur du thorax ; on constate à ce niveau une légère trace d'égophonie. Partout ailleurs la sonorité et les vibrations thoraciques sont diminuées, le murmure vésiculaire est très faible, le souffle n'est plus perceptible. Sous la clavicule, on entend quelques râles sous-crépitants, plus nombreux dans l'inspiration.

21. — En avant, on entend encore les quelques râles gros et secs, notés hier au même point, mobiles toutefois et susceptibles de disparaître sous l'influence de la toux.

En arrière, submatité surtout prononcée à la partie inférieure ; les

vibrations thoraciques se perçoivent presque jusqu'en bas ; le murmure vésiculaire est faible, surtout à la partie inférieure. On ne constate ni râles, ni souffle ; mais l'expiration est prolongée à la partie supérieure du thorax.

22. — Pouls : 108. L'expectoration redevient abondante.

En avant, les gros râles sous-crépitaux observés précédemment sont moins nombreux et ne s'entendent plus qu'à la partie inférieure.

En arrière, la submatité persiste dans tout le côté droit ; les vibrations thoraciques s'atténuent progressivement de haut en bas, mais sont perceptibles à la partie inférieure. Murmure vésiculaire faible ; pas d'égophonie ; pas de râles.

Urine : 2 litres 400.

Les jours suivants, les râles disparaissent peu à peu.

4 mai. — Expectoration muqueuse, peu abondante, encore un peu visqueuse. — Périmètre thoracique : 48 centimètres à droite et à gauche.

En avant, le son a du côté droit une tonalité un peu plus haute que du côté gauche, les vibrations thoraciques sont encore un peu diminuées ; le murmure vésiculaire est encore affaibli.

En arrière, la sonorité est moindre du côté droit que du côté gauche, le murmure vésiculaire est faible, les vibrations thoraciques et la résonance vocale sont encore diminuées.

Les mouvements du diaphragme sont normaux.

6. — Pouls : 92. Pression artérielle : 17 1/2. — Périmètre thoracique : 46 centimètres et demi du côté droit, 47 centimètres du côté gauche.

En arrière, la sonorité et les vibrations thoraciques décroissent progressivement de haut en bas. Quelques frottements.

En avant, les vibrations thoraciques diminuent également de haut en bas d'une façon progressive ; la respiration est encore un peu amphorique dans le troisième espace intercostal.

Les mouvements du diaphragme sont normaux.

8. — Périmètre thoracique : 47 centimètres et demi à droite et à gauche.

En avant, légère submatité, affaiblissement du murmure vésiculaire. Quelques râles sous-crépitaux sous la clavicule.

En arrière, submatité plus forte à la partie inférieure qu'à la partie supérieure ; murmure vésiculaire faible, quelques rares bulles de râles dans les inspirations qui suivent la toux.

Les vibrations thoraciques sont à peu près aussi distinctes à droite qu'à gauche.

26. — Périmètre thoracique : 47 centimètres à droite, 46 centimètres à gauche.

La sonorité est encore un peu diminuée dans tout le côté droit du thorax ; les vibrations y sont normales ; le murmure vésiculaire y est

distinct, mais encore plus faible que dans le côté gauche, il ne s'accompagne d'aucun râle.

10 juin. — Le malade quitte l'hôpital. On constate à ce moment :

En avant, submatité sous la clavicule, vibrations thoraciques normales, quelques frottements.

En arrière, sonorité un peu moindre et murmure vésiculaire un peu plus faible du côté droit que du côté gauche ; vibrations thoraciques normales.

Il revient à l'hôpital au mois de juillet pour différents troubles nerveux. Le 30 juillet, on constate l'état suivant :

Toux presque nulle. Aucune gêne de la respiration. Etat général excellent. — Périmètre thoracique : 46 centimètres à droite et à gauche.

En arrière, submatité dans les trois quarts inférieurs de la poitrine ; le murmure vésiculaire affaibli s'entend jusqu'en bas ; les vibrations thoraciques sont un peu diminuées pour la main, plus fortes au contraire pour l'oreille.

En avant, submatité sous la clavicule, même affaiblissement du murmure vésiculaire qu'en arrière, vibrations thoraciques un peu exagérées pour la main et pour l'oreille.

Capacité respiratoire : 2 litres 10.

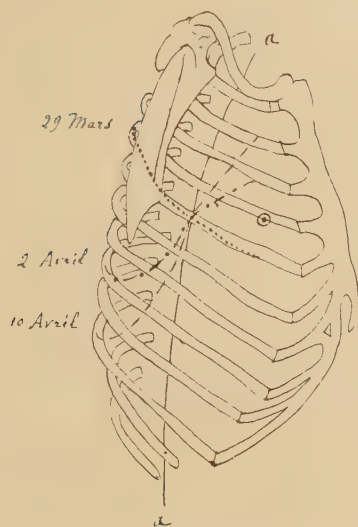


Fig. 2.

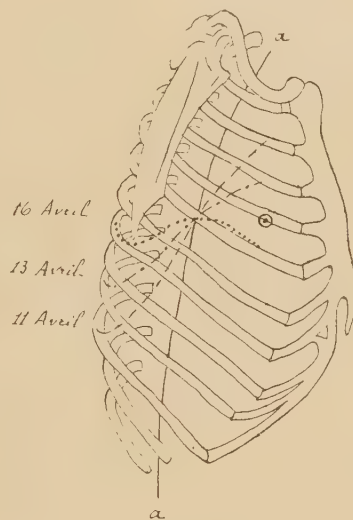


Fig. 3.

(1) Ces schémas sont dus à la fraternelle obligeance du Dr H. Brodier, chef de clinique de la Faculté.

BRODIER

RÉFLEXIONS. — On peut distinguer plusieurs phases dans l'évolution de cette affection pleuro-pulmonaire. A l'entrée du malade à l'hôpital, la partie postéro-inférieure de la plèvre droite est occupée par un épanchement moyen dont le niveau atteint en arrière le milieu de la fosse sous-épineuse et s'abaisse progressivement en dehors sans dépasser la ligne axillaire antérieure dans le décubitus dorsal. L'épanchement est récent et très mobile, il glisse dans la station assise vers la région thoracique antérieure sur une hauteur de 6 centimètres $1/2$. Au-dessus de lui, le poumon est sain, la sonorité et les vibrations thoraciques sont normales, le murmure vésiculaire est distinct.

Les jours suivants, on observe au-dessus du niveau du liquide une zone de submatité avec affaiblissement du murmure vésiculaire, puis un souffle à tonalité basse et un peu diffus qui devient de plus en plus intense ; l'expectoration devient visqueuse et analogue à une solution de gomme. Ces signes indiquent que le poumon se congestionne de plus en plus ; et tandis que l'hyperémie pulmonaire s'accroît, le liquide de moins en moins mobile, abandonne peu à peu la partie postérieure de la plèvre, et franchissant la ligne axillaire antérieure, s'élève de plus en plus à la partie antérieure du thorax (v. fig. 2).

A partir du 17^e jour, la matité s'efface progressivement au-dessus du liquide, les vibrations deviennent plus nettes, le murmure vésiculaire reparaît, l'expectoration se fluidifie, la congestion pulmonaire est évidemment moindre ; mais tandis que le poumon redevient perméable à l'air, le liquide une fois encore change de place, et tandis que son niveau s'abaisse en avant jusqu'au foie, il s'élève en arrière jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate (v. fig. 3). Il se résorbe ensuite progressivement.

Ces modifications de la répartition de l'épanchement sont ici en rapport évident avec les modifications de la congestion pulmonaire. Dans une première période de la maladie, la congestion est nulle ou peu intense et, le malade restant couché, l'épanchement se collecte à la partie postérieure de la plèvre ; le poumon flotte à sa surface. Bientôt la congestion apparaît ou s'affirme, elle pro-

duit au-dessus de la courbe de niveau une diminution de plus en plus étendue du son, des vibrations, et du murmure vésiculaire, elle développe un souffle à tonalité basse, à contours estompés, dont le maximum d'intensité se trouve au niveau de la racine des bronches. La limite supérieure du liquide reste d'ailleurs indiquée par la transition brusque entre la submatité, l'affaiblissement des vibrations et du murmure vésiculaire, le souffle amphorique de la congestion, et la matité absolue, l'absence complète des vibrations et du murmure vésiculaire, l'égophonie, le souffle aigre et voilé de l'épanchement. Le poumon hyperémié et moins perméable à l'air s'enfonce de plus en plus dans le liquide, vers la paroi postérieure du thorax, et refoule l'épanchement vers la région thoracique antérieure. On comprend ainsi pourquoi, dans une deuxième période de la maladie, l'exsudat, d'abord accumulé à la partie postéro-inférieure, a *basculé* pour ainsi dire d'arrière en avant autour d'un point situé vers le milieu de la région latérale. Puis, la congestion pulmonaire diminue brusquement, le poumon moins volumineux laisse plus de place au liquide dont le niveau s'abaisse immédiatement à la partie antérieure. Le viscère allégé de la quantité considérable de sang qu'il renfermait, plus perméable aussi à l'air qui en distend peu à peu les alvéoles, tend à flotter de nouveau à la surface du liquide qui à son tour retombe dans les parties les plus déclives, c'est-à-dire, vers la région thoracique postérieure. La décongestion du poumon et la densité moindre de l'organe expliquent ainsi pourquoi, dans une troisième période de la maladie, l'exsudat, d'abord refoulé par le poumon à la partie antérieure du thorax, a *basculé* de nouveau d'avant en arrière autour d'un point situé sur la ligne axillaire moyenne.

Si la congestion pulmonaire est plus persistante, l'épanchement demeure localisé à la partie antéro-supérieure du thorax et s'y résorbe progressivement. C'est ce qui eut lieu dans le cas suivant :

Obs. XLVII (Personnelle). — Lel... Adèle, 52 ans, concierge, entre le 30 juillet 1894 à la Charité, salle Piorry, n° 18, dans le service de M. le professeur Potain.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant, mort à 52 ans ; mère

morte à 77 ans d'une maladie du cœur ; un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. L'affection actuelle a débuté il y a deux mois par du malaise général, de la courbature, perte des forces et de l'appétit. Depuis six semaines environ, elle éprouve une légère douleur dans le côté droit du thorax, elle tousse un peu, sans cracher, se trouve gênée pour respirer et ne peut se coucher sur le côté droit à cause de l'oppression qui augmente dans cette position. Elle a été soignée d'abord par des vésicatoires appliqués sur le côté gauche du thorax ; puis son médecin, soupçonnant la purulence de l'épanchement pleural, a fait il y a 4 jours, en arrière du côté gauche, une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. Surpris de n'obtenir par l'aspiration que quelques gouttes de sang, il envoya la malade à l'hôpital.

Etat actuel. — Pas de fièvre. Décubitus dorsal ; la malade ne peut se coucher sur le côté gauche. Respiration peu accélérée. Absence de douleur thoracique. Le moindre mouvement provoque de l'anhélation.

Périmètre du thorax : 47 centimètres et demi à droite, 48 centimètres à gauche.

En arrière, on constate de la submatité dans tout le côté gauche du thorax jusqu'à 2 centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; à ce niveau, la submatité fait place brusquement à une matité absolue. Vibrations thoraciques diminuées dans tout le côté. Murmure vésiculaire affaibli. Pas de râles. Au milieu de la fosse sous-épineuse, bronchophonie, souffle tubaire très intense et de tonalité haute, pectoriloquie aphone. Dans la zone mate inférieure, abolition brusque des vibrations thoraciques, absence du murmure vésiculaire, souffle plus doux et voilé, broncho-égophonie mal caractérisée.

En avant, on constate une matité absolue dans tout le côté gauche jusque sous la clavicule. Vibrations thoraciques abolies. Absence du murmure vésiculaire. Souffle léger, lointain et voilé ; pectoriloquie aphone. Pas d'égophonie.

L'espace de Traube est sonore. — La matité cardiaque ne dépasse pas le bord droit du sternum. — Respiration normale à droite.

Traitement : six ventouses scarifiées sur le côté gauche du thorax. Tannin, 2 grammes.

2 août. — Le malade se couche plus volontiers sur le côté gauche. En arrière, la submatité est moins prononcée dans les fosses sus et sous-épineuses gauches. Bronchophonie très accusée du haut en bas. Pas d'égophonie.

En avant, matité absolue, abolition des vibrations thoraciques, absence du murmure vésiculaire dans tout le côté gauche jusque sous la clavicule. Même souffle voilé que les jours précédents. Pas d'égophonie.

L'espace de Traube est conservé. Le cœur n'est pas déplacé. Les mouvements diaphragmatiques sont normaux.

5. — La malade peut rester plus longtemps couchée sur le côté droit.

En arrière, la matité absolue commence toujours à 2 centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Au-dessus d'elle, la submatité est moins prononcée, les vibrations thoraciques sont plus distinctes que précédemment dans la fosse sus-épineuse et la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse. Bronchophonie ; pas d'égophonie. Le souffle de la fosse sous-épineuse a une tonalité plus haute.

En avant, la matité est moins absolue sous la clavicule gauche, le souffle est un peu plus aigu et légèrement tubaire. Pas d'égophonie.

6. — La ligne de matité absolue se trouve encore en arrière à 2 centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; elle s'élève progressivement dans la région latérale pour atteindre le bord supérieur de la deuxième côte en avant. Au-dessous de cette ligne, absence des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire. Au-dessus d'elle, on observe de la submatité et une diminution assez considérable des vibrations thoraciques. Souffle tubaire sous la clavicule et dans les fosses sus et sous-épineuses ; ce souffle a son maximum d'intensité dans la fosse sous-épineuse, au voisinage de la colonne vertébrale ; il est surtout marqué pendant l'expiration.

Respiration normale du côté droit du thorax.

Suppression du tannin. Teinture de scille, 2 grammes.

7. — La ligne de matité absolue avec absence de vibrations thoraciques s'est abaissée en arrière à 4 centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Au-dessus d'elle, submatité, diminution considérable des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, et souffle tubaire plus marqué dans l'expiration.

Sous la clavicule gauche, on observe une submatité très prononcée ; un souffle moins rude et plus fort que celui de la fosse sous-épineuse ; les vibrations thoraciques deviennent perceptibles quoique très atténuées.

Quelques râles de déplissement à la partie externe de la fosse sous-épineuse, au voisinage de la ligne axillaire postérieure.

10. — La ligne de matité ne s'est pas modifiée, broncho-égophonie un peu au-dessous d'elle. Submatité dans les fosses sus et sous-épineuses, un peu moindre dans la fosse sus-épineuse ; les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont plus distincts que les jours précédents. Souffle expiratoire dans la fosse sous-épineuse. Fine crépitation sous-pleurale à la partie externe de cette fosse.

Sous la clavicule gauche, submatité beaucoup moins prononcée ; souffle moins intense et surtout expiratoire.

Toux peu fréquente ; pas d'expectoration. Décubitus indifférent.

11. — En arrière, au-dessus de la ligne de matité, submatité peu prononcée, affaiblissement des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, gros râles sous-crépitaux peu nombreux, souffle à la partie externe de la fosse sous-épineuse et dans la région axillaire.

Sous la clavicule, la sonorité reparait, le murmure vésiculaire est perceptible ; expiration soufflante ; quelques râles sous-crépitaux fins.

12. — La ligne de matité absolue commence en arrière à six centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; de là, elle s'étend transversalement jusqu'à la ligne axillaire postérieure, s'élève obliquement sur la partie latérale du thorax pour se terminer en avant au niveau de la troisième côte. Au-dessous de cette ligne, absence des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire.

Souffle expiratoire à la partie externe de la fosse sous-épineuse et dans la région latérale.

Râles sous-crépitaux fins et quelques frottements sous la clavicule.

L'espace de Traube est sonore.

13. — La ligne de matité ne s'est pas modifiée. Sonorité presque normale dans la fosse sus-épineuse et la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse ; les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire y sont plus distincts que les jours précédents. Plus bas, submatité, affaiblissement des vibrations et du murmure vésiculaire.

Léger souffle expiratoire à la partie externe et inférieure de la fosse sous-épineuse ainsi que dans la région latérale.

En avant, sonorité un peu exagérée sous la clavicule, plus faible dans le deuxième espace ; matité dans le troisième espace. Le murmure vésiculaire s'entend, mais affaibli, au-dessus de la troisième côte.

14. — En arrière, sonorité normale jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate ; submatité dans la partie inférieure. Les vibrations thoraciques sont distinctes dans les fosses sus-et sous-épineuses, diminuées à la partie externe et inférieure de la fosse sous-épineuse, abolies dans la zone de submatité. Le murmure vésiculaire diminue progressivement d'intensité de haut en bas, il ne s'entend pas au niveau de la partie externe de la fosse sous-épineuse, au voisinage de la ligne-axillaire postérieure.

Dans la région axillaire, on observe à la partie inférieure de la matité absolue avec abolition des vibrations thoraciques, l'absence de murmure vésiculaire, un souffle aigre surtout expiratoire, enfin de la broncho-égophonie.

En avant, la ligne de matité atteint le niveau de la troisième côte.

16. — Mêmes signes dans les régions postérieure et latérale du côté gauche.

En avant, la matité n'atteint plus que le niveau de la quatrième côte. Au-dessus d'elle, on constate une sonorité un peu forte et une légère exagération des vibrations thoraciques ; le murmure vésiculaire est distinct et associé à quelques râles sous-crépitaux.

18. — En arrière, respiration normale jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Plus bas, la sonorité, les vibrations et le murmure vésiculaire diminuent progressivement d'intensité. Quelques râles sous-crépitaux à la partie inférieure.

Même souffle expiratoire dans la région latérale.

En avant, les râles sont moins nombreux.

23. — On ne constate plus de souffle dans la région latérale.

Les râles ont disparu à la partie antérieure.

30. — En arrière on n'observe plus qu'à la partie inférieure du poulmon de la submatité avec affaiblissement des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire.

En avant, submatité avec affaiblissement des vibrations thoraciques au-dessous de la troisième côte.

31. — En arrière, la submatité commence à deux centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate ; elle augmente progressivement jusqu'en bas. Les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire s'affaiblissent progressivement depuis ce niveau jusqu'en bas.

Dans la région latérale, submatité, affaiblissement des vibrations et du murmure vésiculaire.

En avant, il existe encore au-dessous de la troisième côte de la submatité avec affaiblissement des vibrations et légère diminution du murmure vésiculaire.

La malade quitte l'hôpital.

RÉFLEXIONS. — A l'entrée de la malade, l'épanchement date d'environ six semaines. Il paraît énorme et semble avoir envahi toute la cavité pleurale gauche. Mais un examen attentif révèle en arrière, à 2 centimètres au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, une transition brusque entre les signes observés à la partie supérieure et ceux qu'on observe à la partie inférieure du thorax. La ligne qui marque le niveau de l'épanchement, située très bas en arrière, s'élève progressivement dans la région latérale, et atteint en avant le bord inférieur de la clavicule. Au-dessus d'elle on trouve à la partie postérieure et dans la région latérale, les indices de la congestion pulmonaire, la submatité, la diminution des vibrations thoraciques, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, la présence d'un souffle tubaire dont le maximum d'intensité se trouve à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. Bientôt l'épanchement se résorbe en avant et en arrière ; il persiste plus longtemps dans la région latéro-inférieure du thorax où il disparaît enfin, ne laissant au même point que les signes d'une congestion pulmonaire en voie de guérison.

Les réflexions que nous avons faites à propos de l'observation

précédente (obs. XLVI) rendent bien compte de l'évolution de l'épanchement dans l'observation actuelle. Dans une première période de la maladie, le liquide s'est collecté à la partie postérieure de la cavité pleurale. Puis l'hyperémie pulmonaire s'est accentuée, elle a produit au-dessus de la courbe de niveau du liquide une diminution de plus en plus prononcée du son, des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, elle a développé à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse un souffle grave, tubaire, bien différent du souffle aigre et voilé de l'épanchement. Le poumon congestionné et plus dense a été entraîné par son poids et sous l'influence du décubitus dorsal de la malade, vers la paroi postérieure du thorax ; il a refoulé ainsi peu à peu le liquide en avant jusque sous la clavicule. L'épanchement a donc ici encore *basculé*, dans cette deuxième période de la maladie, autour d'un point situé vers la partie moyenne de la région thoracique latérale.

• L'évolution de ces épanchements qui basculent de la sorte d'arrière en avant achève de mettre en évidence le rôle important du poumon dans la répartition des épanchements pleuraux.

CHAPITRE VI

Valeur séméiologique et déductions thérapeutiques.

L'étude de la répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale offre des applications cliniques d'une certaine importance.

On sait combien le diagnostic est parfois hésitant en présence des signes d'un épanchement. Le déplacement de la ligne de matité par les changements de position du malade est l'indice le plus sûr et le seul signe pathognomonique de la présence d'un liquide dans la cavité pleurale.

Quand l'exsudat n'est plus mobile, la courbe spéciale que forme cette ligne est encore un symptôme utile en cas de doute. Elle peut différencier la pleurésie d'une tumeur de l'abdomen ou d'une tumeur du poumon. Des fausses membranes molles et épaisses produisent parfois des signes semblables à ceux d'un épanchement ; il en est de même de certaines formes de congestion pulmonaire étudiées par M. Grancher sous le nom de splénopneumonie et dont le diagnostic est souvent très délicat : « Même au praticien le plus confiant, l'autopsie n'épargne pas les désillusions » (Ladendorff) (1). Mais « il est impossible ou tout au moins invraisemblable qu'une pneumonie se révèle par une matité à forme parabolique ou arrondie, et il est impossible que des fausses membranes puissent se développer suivant une ligne de niveau » (Peter). Même en l'absence des courbes de matité, le diagnostic est possible entre la congestion et la pleurésie ; il repose sur les préceptes formulés par M. Potain. Dans la pleurésie, il y a une transition brusque entre les symptômes que l'on observe au-dessus et ceux que l'on observe au-dessous de la ligne de matité ; la sonorité, les

(1) LADENDORFF, *Berl. klin. Woch.*, 1878.
BROD'ER

vibrations thoraciques, le murmure vésiculaire ainsi que le retentissement vocal subissent une modification très nette sur une ligne parfaitement tranchée, qui peut être considérée comme la ligne de niveau de l'épanchement. M. Grancher a également insisté sur ce fait que dans la spléno-pneumonie, le murmure vésiculaire réapparaît progressivement de bas en haut. Sans doute la ponction exploratrice est un moyen excellent de résoudre le problème (1); son innocuité relative l'a rapidement généralisée, mais elle n'est pas toujours sans danger et ne donne pas toujours des résultats infaillibles, ainsi que Fraentzel (2) l'a fait remarquer. Très appréciée d'ailleurs des médecins, peut-être ne l'est-elle pas autant des malades; c'est du moins ce que suggère ce passage de Fraentzel (3): « J'ai soigné beaucoup de collègues atteints d'épanchement pleurétique, j'ai pratiqué sur eux la ponction aspiratrice avec le trocart capillaire, j'ai fait l'opération radicale dans un cas d'épanchement purulent, toujours avec de bons résultats; mais de la ponction exploratrice aucun d'eux n'a voulu entendre parler ».

La péricardite chez l'enfant donne parfois lieu à des signes de pleurésie du côté gauche. Ce fait, déjà signalé en 1889 par Pins (de Vienne), puis par Perret et Devic, a été observé plus récemment par M. Marfan (4). On constate alors, dans la région postéro-inférieure de la moitié gauche du thorax, de la matité, du souffle pleurétique et de la broncho-égophonie. Ces signes pseudo-pleurétiques sont dus à l'atélectasie du lobe inférieur du poumon gauche. L'augmentation de volume du cœur, la présence de l'épanchement intra-péricardique ou de fausses membranes épaisses, jointes à l'étroitesse du thorax chez l'enfant, expliquent le collapsus pulmonaire dans ces cas. L'absence de la courbe de matité, l'atténuation ou la disparition des signes précédents dans la

(1) QUEYRAT, Note sur 2 cas de spléno-pneumonie. *Rev. de méd.*, 1886.

(2) FRAENTZEL, Erste medizinische Kongress für innere Medizin, zu Wiesbaden, avril 1892.

(3) FRAENTZEL, *Charité-Annalen*, 1883, p. 291.

(4) MARFAN, De la péricardite chez l'enfant. *Bulletin médical*, 8 février 1893, n° 41.

position gènu-pectorale, feront distinguer la péricardite d'une pleurésie de la base gauche.

La ligne de matité donne des renseignements moins certains sur la quantité du liquide épanché et les modifications que celle-ci subit. La hauteur à laquelle elle se trouve sur la paroi thoracique dépend souvent de la congestion pulmonaire concomitante. Un souffle large, étalé, de tonalité basse, à contours diffus et « estompés » (Potain), est un des meilleurs signes de cette hyperémie pulmonaire. L'extension de la matité à la partie antérieure du thorax n'indique pas nécessairement une augmentation de l'épanchement, elle peut dépendre uniquement de l'accroissement de la congestion. D'autres influences, et en particulier la symphyse phréno-costale, peuvent élever la ligne de niveau ; il faut tenir compte enfin de la capacité plus ou moins grande de la cavité pleurale suivant les individus (Potain). Bien plus, la ligne de matité peut s'élever en avant à mesure qu'elle s'abaisse en arrière comme dans ces *épanchements à bascule* que nous avons étudiés. Inversement, l'abaissement de la ligne ne répond pas toujours à la résorption du liquide, mais plus souvent à la rapide disparition de la congestion pulmonaire sous-jacente ; M. Potain et ses élèves ont depuis longtemps mis ces faits en lumière (1).

La ligne qui marque le contour de la matité produite par un épanchement est plus importante encore à considérer au point de vue des indications thérapeutiques. Les grands épanchements nécessitent la thoracentèse immédiate : « Le malade est en danger de mort quand l'épanchement s'élève à 2.000 grammes » (Dieulafoy) (2). Mais les petits épanchements qui accompagnent souvent

(1) Dans un fait rapporté par Homolle (De la tension intra-thoracique dans les épanchements pleuraux. *Rev. de méd.*, 1879, obs. IV, p. 98), sous l'influence d'une application de ventouses scarifiées, la ligne de matité s'est abaissée de 8 centimètres au-dessous du niveau primitif.

(2) « Lorsque la matité remonte en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate et que l'obscurité du son remplace dans la région claviculaire la tonalité élevée du son skodique, lorsqu'enfin, la pleurésie siégeant à gauche, la pointe du cœur vient battre entre le sternum et le sein droit, bien qu'à ce moment la cavité pleurale ne soit pas remplie au maximum, de tels signes chez un adulte dénotent que l'épanchement atteint 2 litres : il faut opérer, et ne pas oublier

la congestion pulmonaire doivent être respectés. Ils ont un effet utile ; ils compriment le poumon, suivant la comparaison de Laënnec, comme un bandage comprime un membre fluxionné ; ils contribuent ainsi à modérer la fluxion pulmonaire. Dans ces conditions, l'aspiration du liquide est inefficace. « Elle peut être nuisible, car lorsque l'on a extrait les 2 à 300 grammes de liquide que contenait la plèvre, le poumon se dilatant, les capillaires se distendent, et la congestion de nouveau s'exagère qui peut-être allait disparaître, comme revient l'œdème d'un membre, quand on enlève trop tôt la bande à l'aide de laquelle on l'avait effacé par la compression » (Potain). Mieux vaut donc s'adresser à l'état congestif, cause principale de la dyspnée, et recourir aux émissions sanguines locales, dont Peter, Fraentzel, M. Potain ont vanté les excellents effets. Cependant, la congestion est parfois si intense que le liquide, d'abondance médiocre, refoule et déplace les organes voisins ; la thoracentèse alors peut être urgente. Il ne faut pas dans ces cas extraire la totalité du liquide ; sans cette précaution, l'abaissement de la pression produit dans la cavité pleurale agit à la façon d'une ventouse et augmente la congestion du poumon.

La forme de la ligne de contour importe plus que la hauteur qu'elle atteint sur la paroi. Si la valeur curative des thoracentèses précoces est très discutable, les inconvénients des thoracentèses trop tardives sont aujourd'hui hors de doute. La persistance prolongée d'un épanchement, même léger, compromet toujours la guérison ; elle entrave la faculté d'expansion du poumon, rendue plus difficile par les progrès de l'atélectasie ; elle dépose sur les feuillets de la séreuse des produits fibrineux qui obstruent les voies d'absorption. « Dans ces cas, la résorption est difficile et lente, car les conditions en sont des plus défavorables : ce n'est pas la séreuse saine, mais la séreuse doublée de fausses membranes qui est destinée à boire ce liquide épanché » (Peter). Après la ponction, le poumon plus ou moins atélectasié, tapissé de fausses

que renvoyer au lendemain est une formule malheureuse qui coûte la vie aux malades » (DIEULAFOY, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, Art. Poitrine ; Thoracentèse).

membranes et bridé par des adhérences, reprend difficilement son volume primitif; la pression diminue dans la cavité pleurale, et une quantité de liquide égale à celle qui a été soustraite se reforme rapidement. L'observation suivante en fournit un exemple :

Obs. XLVIII (Résumée). — *Pleurésie à grand épanchement chez une femme en couches; 15 ponctions en 2 mois; guérison* (GRAUX, *Union médic.*, 1883). — Une première ponction, le 2 mars, donne issue à 5 litres d'un liquide citrin légèrement rosé. Après la ponction, grand soulagement; mais, dès le quatrième jour, la dyspnée reparait; les signes d'un épanchement aussi abondant que le premier sont au complet dès le cinquième jour. Onze jours après la première ponction, une deuxième donne issue à 5 litres de liquide. Mêmes résultats qu'après la première ponction: bien-être pendant 5 jours, après lesquels l'épanchement paraît redevenu aussi abondant. On pratique, le 26 mars, la 3^e ponction qui donne 4 litres et demi. Même liquide, même bien-être, mêmes résultats qu'après les deux précédentes ponctions. Le 3 avril, une 4^e ponction devenue nécessaire donne encore 4 litres et demi d'un liquide analogue aux précédents.

La résorption ne commença que quand, changeant de méthode, on résolut de pratiquer de parti pris une ponction tous les deux jours, quelle que fût l'importance de la collection séreuse et avant que les symptômes se fussent aggravés. On fit ainsi 11 ponctions, en ayant soin de ne pas extraire à chaque séance plus de 2 litres de liquide, et la guérison survint.

On est d'accord aujourd'hui pour intervenir quand, après trois semaines de traitement, la quantité du liquide épanché n'a subi aucune modification. Malheureusement, combien de fois dans la pratique on est peu renseigné sur l'époque précise de son apparition! Souvent le liquide s'est insidieusement collecté en silence et le patient ne s'est senti malade que quand l'épanchement était déjà formé depuis un certain temps. D'autres fois on connaît la date exacte du début de la maladie, mais celui-ci n'est pas toujours celui de l'épanchement (1). La ligne de matité peut dans ces cas fournir de précieuses indications; une mobilité franche du li-

(1) SANCET (th. Paris, 1882) a étudié la date d'apparition de l'épanchement; sur 17 observations, celui-ci était apparu: 13 fois du 2^e au 6^e jour, 1 fois le 11^e jour, 2 fois le 13^e jour, 1 fois le 17^e jour; dans un cas dû à Woillez, il n'apparut que le 19^e jour.

quide dénote que l'épanchement n'a atteint le niveau actuel que depuis 4 à 5 jours tout au plus. Quand l'épanchement n'est plus mobile, l'horizontalité du niveau révèle la station verticale du thorax au moment de la formation du liquide ; la courbe de niveau révèle le décubitus dorsal au même moment. Or, de tous les commémoratifs, l'époque à laquelle le malade a dû garder le lit est celui sur lequel on a ordinairement les renseignements les plus sûrs. On peut donc, grâce à lui, évaluer assez exactement l'âge d'un épanchement.

L'aspiration ne doit être appliquée qu'aux exsudats séro-fibrineux abondants ou stationnaires depuis plus de trois semaines ; c'est pourquoi, avant de la pratiquer, le médecin devra étudier avec soin sur chaque pleurétique la topographie de l'épanchement et la forme de la ligne de matité.

CONCLUSIONS

I. — Lorsque la plèvre est exempte d'adhérences, tous les épanchements séro-fibrineux obéissent aux lois de la pesanteur et leur répartition varie suivant les différentes positions prises par le malade.

II. — Ils deviennent immobiles en un temps qui varie suivant de nombreuses conditions, surtout suivant l'état du poumon, mais qui est toujours relativement court.

III. — La ligne de matité est parfois horizontale ; plus souvent elle affecte la direction d'une courbe à convexité supérieure et offre en arrière, dans la station assise, une forme en S, laissant ainsi une zone de submatité au voisinage de la colonne vertébrale.

IV. — L'état du poumon, congestionné ou atelectasié, est la principale cause de l'immobilité du liquide.

V. — Diverses conditions peuvent localiser le liquide en des points différents de la grande cavité pleurale ; ce sont, tantôt la présence d'adhérences anciennes, tantôt l'induration et la congestion du poumon.

VI. — Les modifications de la congestion pulmonaire sous-jacente peuvent localiser l'épanchement dans la région sous-claviculaire, faisant parfois *basculer* sa limite supérieure autour d'un point situé sur la ligne axillaire moyenne.

VII. — La forme de la ligne de matité peut révéler la position adoptée par le malade au moment où l'épanchement s'est formé. Elle peut, dans certaines circonstances, autant et mieux que l'interrogatoire, servir à évaluer l'âge de l'épanchement. Elle donne ainsi de précieuses indications thérapeutiques.

Vu

Le Président de la thèse,

C. POTAIN.

Vu

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Andral.** — *Clinique médicale*, t. II, Paris, 1824.
- Anstie.** — Reynolds's « *System of Medicine* », vol. 3, 2^e éd., London, 1871.
- Aran.** — De la thoracentèse ; ses indications et ses contre-indications dans la pleurésie. *Gaz. des hôp.*, 21 août et 25 août 1860.
- Arcangeli.** — Sulla diagnosi dei piccoli versamenti pleuritic. *Bolett. d. osped. di Roma*, fasc. III, 1890.
- Arnozan.** — Déplacement de la matité suivant la position dans les épanchements pleurétiques. *Archives cliniques de Bordeaux*, mars 1894.
- D'Arsonval.** — *Recherches sur l'élasticité du poumon*. Th. doct., Paris, 1877.
- Audin.** — Pleurésie diaphragmatique et mal de Bright. *Bull. Soc. anatom.*, novembre 1887.
- Auenbrugger.** — *Inventum novum ex percussione thoracis humani*. Trad. CORVISART. Paris, 1808.
- Autric.** — *Recherches et considérations sur la matité pleurétique*. Th. doct., Bordeaux, 1894.
- Azoulay.** — *De la pectoriloquie aphone*. Th. doct., Paris, 1889.
- Barbe.** — *Archives générales de médecine*, 1885, t. 1.
- Baron.** — *De la pleurésie dans l'enfance*. Th. doct., Paris, 1841.
- Barthez et Sanné.** — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 3^e éd., 1884, t. 1.
- Blanc.** — *Du déplacement de la matité dans les épanchements pleurétiques*. Th. doct., Lyon, 1891.
- Bouillaud.** — *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, t. II, Paris, 1837.
- *Traité de nosographie médicale*, t. III, Paris, 1846.
- Bouilly.** — Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement. *Arch. gén. de méd.*, 6^e série, 1876.
- Boulay et Bourges.** — Pleurésie. *Manuel de médecine*, t. I, 1891.
- Bourchier.** — *De la conservation des vibrations thoraciques dans la pleurésie*. Th. doct., Paris, 1882.
- Bourneville.** — Pleurésie du côté droit ; thoracentèse ; guérison. *Gaz. des Hôp.*, 22 décembre 1863.
- Bousseau.** — *Des signes qui permettent de reconnaître l'abondance des épanchements pleurétiques*. Th. doct., Paris, 1879.

- Brouardel.** — Note sur la pneumonie interstitielle qui accompagne la pleurésie. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 14 juin 1872.
- Bruen.** — Notes on some cases of diaphragmatic pleurisy. *Boston medical and surgical journal*, 8 juillet 1886, n° 1.
- Canu.** — Etude sur les phénomènes pseudo-caverneux observés dans la pleurésie. Th. doct., Paris, 1870.
- Chaffey.** — Diagnostic de la pleurésie généralisée. Th. doct. Paris, 1874.
- Chambor.** — Conservation des vibrations thoraciques dans les pleurésies avec épanchement. Th. doct., Paris, 1886.
- Chanut.** — Du souffle amphorique et caverneux dans la pleurésie. Th. doct., Paris, 1883.
- Chevalier.** — Des adhérences pleurales et notamment des adhérences phréno-costales dans les pleurésies avec épanchement. Th. doct., Lyon, 1882.
- Chomel.** — Dict. de méd. en 30 vol., 2^e éd., Paris, 1842. Art. Pleurésie.
- Colin.** — De la pleurésie franche chez les vieillards. Th. doct., Nancy, 1881.
- Concato.** — Sulla diagnosi della pleurite multiloculare. *Rivista clinica di Bologna*, avril, juillet et septembre 1880.
- Cuffer.** — De la congestion pulmonaire dans la pleurésie. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 mai 1894.
- Damoiseau.** — Recherches cliniques sur plusieurs points du diagnostic des épanchements pleuraux. *Arch. gén. de méd.*, octobre 1843, t. 3.
- Du diagnostic et du traitement de la pleurésie. Th. doct., Paris, 1845.
- Danesi.** — Caso di pleurite poliloculare. *L'Imparziale*, Firenze, 15 giugno 1881, n° 11.
- Delacou.** — De la pleurésie aréolaire et de l'infiltration œdémateuse des fausses membranes. Th. doct., Paris, 1875.
- Descroizilles.** — Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantiles, 2^e éd., Paris, 1890, t. 1.
- Dieulafoy.** — Diagnostic des épanchements de la plèvre. *Lyon médical*, 1870.
- Traité de l'aspiration des liquides morbides. Paris, 1873.
- De la thoracentèse par aspiration dans la pleurésie aiguë. *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, octobre et novembre 1877.
- Les irrégularités de la pleurésie aiguë. *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 18 janvier 1878.
- Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. Poitrine; thoracentèse. Paris, 1880, t. 28, p. 734.
- Sur le traitement de la pleurésie. *Acad. de méd.*, 5 et 12 avril, 3 mai 1892.
- Dubois.** — Etude clinique sur quelques cas de pleurésie diaphragmatique. Th. doct., Paris, 1876.
- Dufflocq.** — De la congestion pleuro-pulmonaire. Paris, 1887.

- Duguet.** — Lymphadénome de la rate ; pleurésie cloisonnée. *Bulletins de la Société anatomique*, décembre 1879.
- Dumont.** — *Des tensions intra-thoraciques et de leurs rapports avec la symptomatologie des épanchements pleuraux*. Th. doct., Bordeaux, 1883.
- Eichhorst.** — *Traité de pathologie interne*, traduct. franç., 1^{er} vol., Paris, 1889.
- *Traité de diagnostic médical*, trad. par MARFAN et WEISS, Paris, 1890.
- Ellis.** — The line of dulness, in pleuritic effusion. *Boston Society for medical Improvement*, 13 octobre 1873 ; in *The Boston med. and surg. Journ.*, 1^{er} janvier 1874, vol. XC, p. 13.
- The curved line of pleuritic effusion. *The Boston med. and surg. Journ.*, 14 décembre 1876, n° 24.
- Fea.** — *De la transmission des bruits respiratoires dans les grands épanchements pleurétiques*. Th. doct., Paris, 1876.
- Ferber.** — *Die physikalischen Symptome der Pleuritis exsudativa*. Broch. in-4°, Marburg, 1876.
- Fernet et d'Heilly.** — *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Art. Pleurésie, Paris, 1880.
- Ferrand.** — *Des épanchements séreux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire*. Th. doct., Paris, 1881.
- Fiselbrand.** — *Des vibrations thoraciques dans les épanchements pleurétiques*. Th. doct., Paris, 1876.
- Foot.** — Encysted pleurisy. *Dublin Journal of medical science*, décembre 1872, t. 54, p. 512.
- Forgeot.** — *Les pleurésies au cours des affections cardiaques*. Th. doct., Paris, 1885.
- Forgeront.** — *De la pleurésie à frigore*. Th. doct., Paris, 1881.
- Fraentzel (O.).** — *Krankheiten der Pleura*, von Ziemssen's *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, Band IV, 2^e p., Leipzig, 1876.
- Ueber die Anwendung von Probepunctionen bei der Diagnose und bei der operativen Behandlung pleuritischer Exsudate. *Charité-Annalen*, 1883, 8 Jahrgang, S. 289.
- Franck.** — Epanchement enkysté de la plèvre simulant une caverne du poumon. *Bordeaux médical*, 5 janvier 1873.
- Frémont.** — *De la pleurésie à signes pseudo-cavitaires*. Th. doct., Paris, 1885.
- Gabbi e Biondi.** — Sulla prova della mobilita degli essudati pleurali sierosi liberi. *Lo Sperimentale*, 1891, p. 273.
- Galliard.** — Pleurésie polymorphe compliquant une angiocholite calculeuse. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp.*, 24 janvier 1895, n° 2.
- Garland.** — Some experiments upon the curved line of dulness with pleuritic effusion. *The Boston med. and surg. Journ.*, 17 septembre 1874, n° 12.
- *Pneumono-Dynamics*, in-8, Hurd et Houghton, New-York, 1878.

- Garland.** — The letter S curve. *New-York medical Journal*, novembre 1879, t. 30, p. 494.
- Cadet de Gassicourt.** — *Traité clinique des maladies de l'enfance*. Paris, 1880, t. I.
- Gerhardt.** — *Lehrbuch der Auscultation und Percussion*. Tübingen, 1876.
- Ueber pleuritische Bewegungsvorgänge. *Zeitschrift f. klin. Medic.*, 1886, p. 303, et *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1886, n° 28, p. 467.
- Giroux.** — *Des bruits anormaux de la pleurésie*. Th. doct., Paris, 1875.
- Girgensohn.** — Pleurésie multiloculaire. *St-Petersburg med. Wochenschr.*, 1877, n° 8.
- Goutierre-Cachera.** — *Des pleurésies cloisonnées*. Th. doct., Paris, 1884.
- Grancher.** — Du tympanisme sous-claviculaire étudié dans ses rapports avec les autres signes physiques. *Union médicale*, 1882.
- La spléno-pneumonie. *Soc. méd. des Hôp.*, 10 août 1883.
- La pleurésie du médiastin. *Gaz. des Hôp.*, 3 novembre 1894, n° 128.
- Graux.** — Pleurésie à grand épanchement chez une femme en couches. *Union médicale*, 1883, p. 741.
- Grisolle.** — *Traité de pathologie interne*, t. I, 9^e éd., 1874.
- Guinon (L.).** — Pleurésie chronique avec épaississement considérable de la plèvre. *Bullet. de la Soc. anatom.*, novembre 1887.
- Guttmann.** — Berliner medicinische Gesellschaft, 26 mai 1886 ; in *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1886, n° 28.
- Hardy et Béhier.** — *Traité de pathologie interne*, t. II, 2^e p., 2^e éd. 1864.
- Heitler.** — Ueber die Dämpfungsfigur pleuritischer Exsudate. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 28 décembre 1878, n° 58, p. 1369.
- Hermil.** — *Etude sur la pleurésie diaphragmatique*. Th. doct., Paris, 1879.
- Hervieux.** — De la pleurésie des nouveau-nés. *Gaz. des Hôp.*, 16 et 23 février 1864.
- Hirtz.** — Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie. *Arch. gén. de méd.*, 1837, 2^e série, t. 13.
- Homolle.** — Tensions intrathoraciques dans les épanchements pleuraux. *Rev. mensuel. de méd. et de chir.*, 1879.
- Revue générale sur les pleurésies. *Revue des sciences médicales*, 1880, t. 15 et 16.
- Hood.** — Loculated pleuritic effusion ; necropsy. *The Lancet*, 17 juin 1893, p. 1441.
- Hue.** — *Des signes physiques de la pleurésie et de leur valeur séméiologique*. Th. doct., Paris, 1889.
- Jaccoud.** — Notes de la traduct. de GRAVES. Paris, 1862.
- *Traité de pathologie interne*, t. II, Paris, 1872.
- *Clinique médicale de Lariboisière*. Paris, 1873.
- *Clinique de la Pitié*. Paris, 1883-84.

- Jaccoud.** — Pleuro-péricardite tuberculeuse; épanchement pleura cloisonné et interlobaire. *Clinique de la Pitié*, Paris, 1884-85.
- Sur la pleurésie multiloculaire et les adhérences du diaphragme. *Bull. de l'Acad. de méd.* 22 avril et 6 mai 1879, n^{os} 16 et 29 et *Gaz. des Hôp.*, 1 et 3 mai 1879.
- Jeanton.** — Pleurésies observées dans le service de M. Dieulafoy, hôpital Necker, en 1887. *Arch. gén. de méd.*, novembre 1888, 7^e série, p. 532.
- Laboulbène.** — Des vibrations thoraciques. *France médicale*, 13 novembre 1878, n^o 91.
- Ladendorf.** — Ueber die Dämpfungscurven pleuritischen Exsudate. *Berliner klinische Wochenschrift*, 23 septembre 1878, n^o 38, p. 566.
- Laënnec.** — *Traité de l'auscultation médiate*. Edit. de la Faculté, 1879.
- Landouzy.** — Diagnostic de la pleurésie et indications de la thoracentèse, *Arch. gén. de méd.*, novembre et décembre 1856, t. 8.
- Laporte.** — *De la pleurésie diaphragmatique*. Th. doct., Paris, 1869.
- Lasègue.** — Les pleurésies. *Etudes médicales*, t. 2. Paris, p. 577.
- Legrand.** — Pleurésies observées dans le service de M. Dieulafoy en 1886. *Arch. gén. de méd.*, 1887, t. 2, p. 275.
- Legroux.** — Note sur un cas de mort subite après la thoracentèse. *Bull. de la Soc. médic. des Hôp.*, 1875. Mémoires, p. 62.
- Leichtenstern.** Die Krankheiten der Pleura. *Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt*, Band III, Hälfte 2, 1878.
- Lemardeley.** — *De la pleurésie adhésive*. Th. doct., Paris, 1874.
- Lépine et Balzer.** — Persistance insolite des vibrations thoraciques dans un épanchement pleurétique. *Gaz. méd. de Paris*, 17 février 1877, n^o 7.
- Lépine.** — *Société des sciences médicales de Lyon*, séance du 4 juin 1890.
- Lereboullet.** — La pleurésie aiguë multiloculaire. *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1879, n^{os} 19, 20 et 25.
- Leudet.** — Du déplacement et de l'hypertrophie de la rate consécutifs aux pleurésies. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, Paris, 1874, p. 241.
- Lorne.** — *Considérations sur certaines pleurésies idiopathiques à forme subaiguë*. Th. doct., Paris, 1870.
- Luzzato.** — *Vade mecum di percussione ad ugio degli studenti e dei medici pratici*, 1882.
- Mailliot.** — *Traité pratique de la percussion*. Paris, 1843.
- Malaviale.** — *Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique*. Th. doct., Paris, 1890.
- Maragliano.** — Di pleurite multiloculare. *Lo Salute di Genova*, 1880.
- Marfan.** — De la péricardite chez l'enfant. *Bulletin médical*, 8 février 1893, n^o 11.
- Mathis.** — Épanchement pleurétique, torsion d'un lobe pulmonaire. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, avril 1894.

- Monneret et Fleury.** — *Compendium de médecine pratique*. Art. Pleurésie, t. VI, 1845.
- Mouisset.** — *De la sensation de flot dans les épanchements pleuraux*. Th. doct., Lyon, 1887.
- Moussous.** — Etude de la forme des épanchements pleuraux par la section de cadavres congelés. *Bullet. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 1889, t. X, p. 18 et 1890, t. XI, p. 171.
- Moutard-Martin.** — Sur la pleurésie aréolaire. *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.*, décembre 1872, p. 295.
- De la pleurésie multiloculaire. *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 3 juin 1879.
- Obstruction des voies biliaires ; pleurésie aréolaire. *Bullet. de la Soc. anatom.*, mai 1887.
- G. de Mussy (N.).** — Pleurésie diaphragmatique. *Clinique médicale*, t. I, Paris, 1874.
- De la pleurésie. *Id.*, t. IV, Paris, 1885.
- Négrié.** — *Mort subite dans la pleurésie*. Th. doct., Paris, 1864.
- Niemeyer.** — *Handbuch der theoretischen und Klinischen Percussion*. Berlin, 1878.
- Oulmont.** — *Recherches sur la pleurésie chronique*. Th. doct., Paris, 1844.
- Parsons.** — A contribution of the subject of acute pleurisy. *Medical News*, 21 janvier 1893, n° 3, p. 57.
- Peter.** — De la pleurésie. *Gaz. des Hôp.*, 12 janvier 1869.
- La pleurésie ; les pleurétiques. *Leçons de clinique médicale*, 2^e éd., t. I, Paris, 1873.
- Pleurésie aiguë et révulsion. *Id.*, t. III, 1893.
- Pleurésie diaphragmatique. *Gaz. des Hôp.*, 16 et 18 novembre 1875.
- Sur le traitement de la pleurésie. *Acad. de méd.*, 26 avril 1892.
- Petrone.** — Intorno alla pleurite biloculare. *Lo Sperimentale*, mars 1881, p. 225.
- Peyré.** — *Etude clinique sur la péricardite aiguë des enfants*. Th. doct., Paris, 1893.
- Peyrot.** — Sur les tensions intra-thoraciques dans les épanchements de la plèvre. *Arch. gén. de méd.*, 1876, t. 2.
- *Etude expérimentale et clinique sur la pleurotomie*. Th. doct., Paris, 1876.
- Pignol.** — *Recherches sur quelques signes stéthoscopiques*. Th. doct., Paris, 1887.
- Piorry.** — *Traité de la percussion médiate*. Paris, 1828.
- *La Lançette française*, 12 mars 1829, t. I, n° 57.
- *Traité de médecine pratique*, t. IV, Paris, 1843.
- Pitres.** — Sur les déformations qui produisent la voussure chez les pleurétiques. *Congrès de la Rochelle*, 1882.
- *Leçons inédites sur les signes physiques de la pleurésie*. Bordeaux, 1883.

Potain. — De l'utilité des trocarts capillaires dans la thoracentèse. *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, 10 mai 1872.

— Indications de la thoracentèse et appareil pour la pratiquer. *Associat. franç. pour l'avancem. des sc.*, 6^e session, Congrès du Havre, 1877.

— Epanchement pleurétique et congestion pulmonaire. *Gaz. des hôp.*, 27 octobre 1881.

— Troubles sympathiques des lésions gastriques dans un cas de pleurésie chronique antérieure. *Tribune médicale*, 18 mars 1883.

— Diagnostic et traitement de la pleurésie séreuse. *Semaine médicale*, 8 novembre 1883.

— Pleurésie et thoracentèse. *Gaz. des hôp.*, 22 juillet 1884.

— Epanchement pleurétique. *Gaz. des hôp.*, 31 mars et 4 août 1885.

— Diagnostic des pleurésies latentes et des pleurésies secondaires. *Bulletin médical*, 24 décembre 1890, n° 102.

— La pleurésie interlobaire. *Union médicale*, 3 mars 1891.

— Indications de la thoracentèse. *Acad. de méd.*, 31 mai 1892.

Douglas Powell. — On cases of pleuritic effusion. *Medical Times*, 21 octobre, 18 novembre et 9 décembre 1882.

Prioleau. — Etude sur la forme des épanchements pleuraux ; moules d'épanchements obtenus par des injections de cire dans la plèvre. *Bull. de la Soc. d'an. et de phys. de Bordeaux*, 1883, t. 4 et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1883-1884, t. 13.

Queyrat. — Note sur deux cas de spléno-pneumonie. *Revue de médecine*, 1886.

— La spléno-pneumonie. *Revue gén. Gaz. des hôp.*, 18 juin 1892.

Ramey. — Recherches sur les courbes de matité dans les épanchements liquides de la plèvre. Th. doct., Bordeaux, 1884.

Raynaud (M.). — De la pleurésie multiloculaire. *Bull. de l'Acad. de méd.*, mai 1879 et *Gaz. des hôp.*, 1^{er} mai 1879.

Renaud. — De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques. Th. doct. Nancy, 1886.

Rendu. — *Leçons de clinique médicale*, t. I, Paris, 1890.

— Pleurésie diaphragmatique. *Gaz. des hôp.*, 8 octobre 1889, p. 1038.

Ribail. — Pleurésies ponctionnées dans le service de M. Dieulafoy pendant l'année 1885, *Arch. gén. de méd.*, 1886, t. 2.

Riegel. — Ueber die Anwendung von Probepunctionen bei pleuritischen Exsudaten. *Der pract. Arzt.*, n° 1, 1884.

Rivet. — De la voussure sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant. Th. doct., Paris, 1880.

Robin. — De la pleurésie diaphragmatique. Th. doct., Paris, 1871.

Roger. — Recherches sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion. *Arch. gén. de méd.*, 1852, t. 29, 4^e série.

Rosenbach. — Ein Beitrag zur physikalischen Diagnostik der Pleura-exsudate, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 25 mars 1878, n° 12.

- Rosenbach.** — Brustfellentzündung, *Real-Encyclopædie der gesammten Heilkunde*, Bd II, 1880.
- Rovighi.** — Sulla mobilità degli essudati pleuritici. *Rivista clinica. Archivio italiano di clinica medica*, 1890, n° 29, p. 528.
- Saint-Philippe.** — Relation d'un cas de pleurésie enkystée du sommet. *Gaz. méd. de Bordeaux*, 1877, n° 21.
- Nouveau fait de pleurésie enkystée guérie, ayant longtemps simulé la phthisie pulmonaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 septembre 1878, p. 60.
- Sancet.** — *Contribution à l'étude de la pleurésie*. Th. doct. Paris, 1882.
- Saucerotte.** — *Sur la pleurésie sénile*. Th. doct., Paris, 1890.
- Schattuck.** — *Reference Handbook of the medical sciences*. Art. Pleurisy, vol. 5, New-York, 1887.
- Sée (G.).** — Sur quelques anomalies séméiologiques et étiologiques de la pleurésie. *Union médicale*, 21 janvier 1882.
- *Maladies simples du poumon*, t. III, Paris, 1886.
- Sée (Marcel).** — Les pleurésies diaphragmatiques, *Revue générale. Gaz. des hôp.*, 28 mars 1893.
- Serrand.** — *Etude clinique sur les rapports entre la congestion pulmonaire et la pleurésie aiguë avec épanchement*. Th. doct. Paris, 1878.
- Skoda.** — *Abhandlung ueber Percussion und Auscultation*, 4^e éd., Wien, 1850. Trad. par ARAN, 1854.
- Smith.** — Pleuritis in Children. *The American Journ. of obstetrics*, 1881, vol. 13 et 14.
- Sorel.** — Sur les adhérences pleurales anciennes. *Union médicale*, 14 juillet 1883.
- Strauch.** — Ueber der Nachweiss der Beweglichkeit pleuritischer Exsudate beim Lagewechsel. *Arch. f. path. Anat.*, 1889.
- Sutherland.** — The physics and diagnosis of pleural effusion. *The Lancet*, 22 juillet 1893, p. 182.
- Terrillon.** — *De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse*. Th. doct., Paris, 1873.
- Thierry-Mieg.** — *Des lignes de niveau dans la pleurésie*. Th. doct., Paris, 1836.
- Thuvien.** — *Etude clinique des adhérences pleurales*. Th. doct., Paris, 1884.
- Trolley-Deslonchamps.** — *De la pleurésie gélatineuse*. Th. doct., Paris, 1873.
- Trousseau.** — Pleurésie. Paracentèse de la poitrine. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 5^e éd., t. I, 1877.
- Valentiner.** — Zur physikalischen Differenzial-Diagnostik der Pleuraergüsse. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 3 septembre 1877, n° 36.
- Vélimirovitch.** — *Etude sur la pleurésie médiastine, en particulier chez l'enfant*. Th. doct., Paris, 1892.

- Vergely.** — Observations de pleurésie suivies de réflexion. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1879, nos 42, 43, 44 et 46.
- Verliac.** — *Remarques sur le diagnostic des épanchements pleurétiques chez les enfants*. Th. doct., Paris, 1865.
- Weil.** — *Handbuch und Atlas der topographischen Percussion*. Leipzig, 1877.
- Whittier and Vickery.** — *Cæclopedia of the diseases of children*. Art. Pleurisy, vol. 2, p. 688.
- Widal.** — *Dict. encyclop. des sc. méd.* Art. Pleurésie, 2^e série, t. 26, 1888.
- Williams.** — *The pathology and diagnosis of diseases of the chest*, 4^e éd., Londres, 1841.
- Wintrich.** — Die Krankheiten der Pleura. *Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Band V, 1^{re} p., 1854.
- Woillez.** — De la pleurésie multiloculaire. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 mai 1879 et *Gaz. des Hôp.*, 29 mai 1879.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — Epanchements légers et moyens. Pleurésies tournantes	9
CHAPITRE II. — Lignes de contour de la matité	17
§ 1. — Epanchements à niveau horizontal. Mobilité de l'exsudat	17
§ 2. — Les courbes de niveau	27
I. Opinions diverses	27
II. La courbe en S	29
CHAPITRE III. — Causes de la fixité de l'épanchement	34
§ 1. — Théories diverses	34
§ 2. — Théorie de Peter; expérience des flacons	36
§ 3. — Rôle du poumon dans la répartition de l'épanchement	37
CHAPITRE IV. — Epanchements partiels	44
§ 1. — Epanchements interlobaire, médiastin, diaphragmatique	45
§ 2. — Autres épanchements partiels	57
§ 3. — Epanchements multiloculaires	65
§ 4. — Epanchements aréolaires	85
CHAPITRE V. — Epanchements antéro-supérieurs. Epanchements à bascule	90
CHAPITRE VI. — Valeur séméiologique et déductions thérapeutiques	105
CONCLUSIONS	111

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, Successeur, Saint-Dizier, (Haute-Marne).
